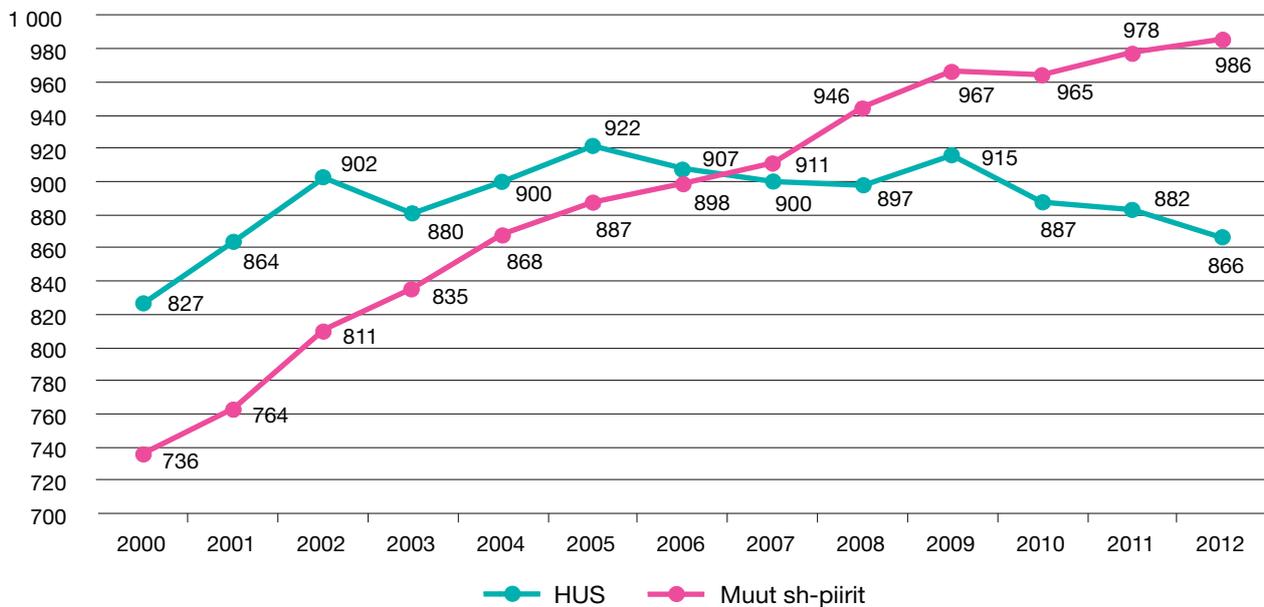


TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIOINTIKERTOMUS VUODELTA 2012

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valtuustolle



HUS:n ja muiden sairaanhoitopiirien jäsenkuntalaskutus (€/asukas) vuosina 2000–2012 sairaalakustannusindeksillä defloituina (ks. sivu 27)

SISÄLTÖ

- 1** PUHEENJOHTAJAN KATSAUS 3
 - 2** TIIVISTELMÄ 4
 - 3** HUS:N ULKOINEN VALVONTA 5
 - 4** POTILASLÄHTÖINEN JA OIKEA-AIKAINEN HOITO 6
 - 4.1 Hoitotulosten vertailtava laatu 6
 - 4.2. Potilasturvallisuus 7
 - 4.3 Hoidon saatavuus 9
 - 4.4 Vaikuttaako tulos sairaalapalvelujen käyttöön? 13
 - 5** KORKEATASOINEN TUTKIMUS JA OPETUS 15
 - 6** TIIVISTYVÄ KUMPPANUUS PERUSTERVEYDENHUOLLON KANSSA 16
 - 6.1 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö 16
 - 6.2 Hoito- ja palveluketjujen arviointi 17
 - 6.3 Keinoja siirtoviivepäivien vähentämiseksi 18
 - 6.4 Lihavuuden hoito 19
 - 7** VAIKUTTAVA JA KILPAILUKYKYINEN TOIMINTA 20
 - 7.1 Asiakastyytyväisyys ja potilaspalautteiden antaminen 20
 - 7.2 Kirurgian tuottavuuserot sairaaloiden välillä ja tuottavuus HUS:n operatiivisessa tulosityksikössä 22
 - 8** OSAAVA JA MOTIVOITUNUT HENKILÖSTÖ 23
 - 8.1 Henkilöstörakenne ja henkilöstön rekrytointi 23
 - 8.2 Vuokratyövoiman käyttö 25
 - 8.3 Rekrytoinnin kehittäminen 25
 - 8.4 Vuorovaikutteinen johtaminen 25
 - 9** HALLITTU JA TASAPAINOINEN TALOUS 27
 - 10** UUDISTUVA JOHTAJUUS JA ORGANISAATIO 30
 - 10.1 HUS:n organisaatio ja johtaminen 30
 - 10.2 Osaamiskeskuskonsepti 31
 - 10.3 Strategia vv. 2012–16 ja sen toimeenpano 31
 - 10.4 Sisäinen valvonta ja riskienhallinta 32
 - 10.5 HUS julkisuudessa 33
 - 10.6 Omistajayhteisöjen ja sidosryhmien luottamus 34
 - 11** LIIKELAITOKSET – HUS-Kuvantaminen, HUSLAB, HUS-Apteekki ja Ravioli 35
- ALLEKIRJOITUKSET 37
- Käsitteet ja lyhenteet 38

1 PUHEENJOHTAJAN KATSAUS

Vuotta 2012 käsittelevässä arviointikertomuksessa nostetaan esiin monta kiperää kysymystä kuten: pitäisikö siirtoviivepäivien sakkoja korottaa ja karenssipäiviä vähentää? Kenen vastuulle kuuluu kuntoutuksen organisointi? Miksi samojen tuotteiden hinta vaihtelee huomattavasti eri sairaaloiden välillä? Milloin lisätyön käyttäminen on perusteltua ja miten virka-ajan tuottavuutta saataisiin nostettua? Miksi sairaalapalvelujen käyttö on tarvetta vähäisempää alimman tuloviidenneksen kohdalla? Pitäisikö HUS:n ryhtyä asuntorakennuttajaksi helpottaakseen henkilökunnan rekrytointia? Mikä on sisäisen tarkastuksen asema HUS:n johtamisessa?

HUS:n valtuusto asetti vuodelle 2012 yhteensä 16 strategiaan perustuvaa avaintavoitetta, joista hallituksen tilinpäätös ja toimintakertomus-asiakirjan mukaan 12 toteutui kokonaan ja kaksi osittain. Tarkastuslautakunta esittää tässä arviointikertomuksessa oman näkemyksensä¹, jonka mukaan 16 tavoitteesta saavutettiin kuusi, kahdeksan saavutettiin osittain ja kahdessa ei tapahtunut mainittavaa edistystä.

Strategian laajuuden ja päätöksenteon moniportaisuuden takia strategian toimeenpano on käynnistynyt hitaahkosti: esimerkiksi joidenkin liikelaitoksen suunnitelmat strategian toimeenpanosta valmistuivat vasta yli vuosi strategian hyväksymisen jälkeen. Osa avaintavoitteille asetetuista mittareista kuvaa huonosti muutosta seurattavassa ilmiössä.

Tarve talouden tasapainottamiseen havaittiin HUS:n johdossa ja hallituksessa keväällä 2012. Tehdyt toimenpiteet eivät kuitenkaan olleet riittäviä, ja tilivuoden tulos jäi 35,5 milj. euroa miinukselle. Tämä yhdessä tavoitteeksi asetettua tasoa heikomman tuottavuuskehityksen ja kuntien lisääntyvien talousongelmien kanssa tuovat suuria haasteita HUS:ille uudella valtuustokaudella. Tarkastuslautakunta on havainnut, että poikkeamia talousarviosta on vuonna 2012 analysoitu ja raportoitu entistä paremmin, mikä auttaa puuttumista poikkeamien syihin. HUS:n omavaraisuusaste on laskenut huolestuttavan alhaiselle tasolle, mikä korkotason mahdollisen nousun kanssa muodostaa tikittävän aikapommin.

Tarkastuslautakunta toteutti aiempien valtuustokausien mukaisesti kyselyn valtuuston varsinaisille jäsenille²

selvittääkseen, miten valtuusto arvioi toimintaansa, saavuttamia tuloksia ja toimintansa kehittämistarpeita valtuustokaudella 2009–12. Kyselyyn vastasi 52,5 prosenttia valtuutetuista ja he kokivat vaikutusmahdollisuutensa kohtalaisiksi. Strategiset päämäärät ja tavoitteet arvioitiin hyvin saavutetuiksi lukuun ottamatta kuntayhteistyötä ja ennakoitavissa olevaa taloutta koskevaa tavoitetta, jonka arvioitiin toteutuneen kohtalaisesti. Vastajien mielestä liikelaitosten johtokuntien yhdistäminen on hyvä asia. Seuraavalle valtuustokaudelle vastaajat viestittivät muun muassa seuraavia asioita: ole aktiivinen, kyseenalaista, paneudu asioihin ja osallistu; kuuntele omaa kuntaa, mutta keskustele muiden kanssa – koko alueen etu ja tarpeet huomioiden; yhteys tutkimukseen ja opetukseen on tärkeä, jotta HUS voi tarjota parasta mahdollista hoitoa tulevaisuudessakin; tarkastuslautakunnan tulisi antaa väliraportteja arviointikertomusten välillä.

Maan hallituksen poukkoilu kuntauudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisen (sote-uudistus) kanssa on vaikeuttanut sekä HUS:n oman organisaation kehittämistä että yhteistyön laajentamista koko erä-alueen ja kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon suuntaan. Palvelurakennemuutoksessa erikoissairaanhoidon yrittettiin sähköjännikseksi kuntauudistukselle, mutta se ei onnistunut. Tärkeintä on saada sosiaalipalvelut ja perusterveydenhuolto toimimaan yhteen kuntatasolla (horisontaalinen integraatio) samalla kun vertikaalinen integraatio erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken koetaan yhä tärkeämmäksi onnistumisalueeksi niin kunnissa kuin sairaanhoitopiirissä. HUS:n uudella perusterveydenhuollon yksiköllä on laaja ja haastava tehtäväkenttä näiden integraatiopyrkimysten tukemisessa.

HUS:n kokemusten perusteella viesti sote- ja kuntarakenteen uudistajille on selvä: kuntayhtymä hallintomallina voi toimia, se pystyy tuottamaan korkeatasoisia palveluja tehokkaasti, ja suuri koko mahdollistaa erikoistumisen ja järkevän työnjaon. Erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä voi lisätä monin tavoin erillään kuntarajojen siirtelystä, kuten tämänkin arviointikertomuksen esimerkit osoittavat.

1 Hallituksen eriyvät arviot on merkitty liikennevalon jälkeen sulkuihin.

2 HUS-kuntayhtymän valtuustotyön arviointi valtuustokaudella 2009–2012. <http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,2669,2917,242578,242579,300720> (viitattu 19.4.13)

2 TIIVISTELMÄ

Tarkastuslautakunnan arviointikertomus vuodelta 2012 perustuu tavoitelähtöiseen arviointiin, ja siksi sen rakenne perustuu strategian neljään päämäärään (luvut 4–7) sekä niiden saavuttamisen edellytyksiin (luvut 8–10). Avaintavoitteiden saavuttamista tarkastuslautakunta arvioi kunkin em. luvun alussa taulukkomuodossa liikennevaloja käyttäen perustuen pääosin vuoden 2012 tilinpäätöksen ja toimintakertomuksen³ (TPTK) tietoihin. Lisäksi tarkastuslautakunta arvioi syvällisemmin joitakin aiheita em. lukujen alaluvuissa. **Vihreä** valo merkitsee, että lähes kaikki avaintavoitteen tavoitearvot vuodelle 2012 on saavutettu; **keltainen**, että vähintään yksi avaintavoitteen tavoitearvo vuodelle 2012 on saavutettu, mutta monet tarvittavat toimenpiteet olivat vielä kesken vuoden 2012 lopussa, ja **punainen**, että avaintavoitteen tavoitearvot ovat jääneet saavuttamatta, tai avaintavoitteen toteutumista ei pystytä arvioimaan. Hallituksen arvio avaintavoitteen toteutumisesta on merkitty sulkuihin.

Tarkastuslautakunta on tehnyt vuoden 2012 aikana erillisiä arviointiraportteja hoito- ja palveluketjuista, hoidon saatavuudesta ja sosioekonomisista eroista erikoissairaanhoidossa. Näiden raporttien keskeiset tulokset esitetään osana arviointikertomusta. Arviointikertomuksen havainnot perustuvat myös tarkastuslautakunnan kuulemien virkamiesten ja asiantuntijoiden esityksiin sekä muihin lähteisiin.

³ http://intra.hus.fi/content_list.aspx?path=1,2914,53425,307633 (viitattu 2.4.13)

Vuoden 2011 arviointikertomuksessa esitettyjen havaintojen jälkiseuranta tehdään vasta vuoden 2013 arviointikertomuksen yhteydessä, sillä hallituksen lausunto arviointikertomuksesta käsiteltiin vasta lokakuun 2012 valtuustossa.

Arviointikertomus sisältää 20 suositusta, jotka tarkastuslautakunta välittää valtuustolle tiedoksi ja joihin se pyytää hallitukselta selvitystä.

Tarkastuslautakunnan havaintoja myönteisestä kehityksestä:

- Potilasturvallisuuden seuraamiselle luotiin edellytykset.
- Ulkopuolinen tutkimusrahoitus varmistettiin.
- Muun kuin jäsenkuntamyynnin määrä lisääntyi.
- Henkilöstön työtyytyväisyys parantui.
- Liikelaitosten kansallinen vertaisarviointi toteutui eräissä liikelaitoksissa.

Tarkastuslautakunnan havaintoja asioista, joita tulisi kehittää:

- Hallituksen tulee raportoida selkeämmin, mitä kertomusvuonna on saavutettu ja mistä saavutukset ovat todennettavissa, ja raportoida vähemmän tulevan vuoden suunnitelmia.
- Yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa tulee vahvistaa.
- Tuottavuutta tulee parantaa.
- Yhtenäisten toimintamallien noudattamista tulee seurata ja arvioida.

3 HUS:N ULKOINEN VALVONTA

HUS:n omasta ulkoisesta valvonnasta vastaavat tarkastuslautakunta, tilintarkastajat ja arviointijohtaja. Tarkastuslautakunnan alaisuudessa toimii ulkoisen tarkastuksen yksikö, joka muutettiin hallinnollisesti omaksi tulosalueeksi 1.1.12. Tarkastuslautakunnan tehtävänä on arvioida, ovatko valtuuston asettamat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet toteutuneet ja valmistella valtuuston

päätettävät hallinnon ja talouden tarkastusta koskevat asiat.

Vuosi 2012 oli nykyisen tarkastuslautakunnan neljäs toimintavuosi. Lautakunnan kaikki jäsenet ja henkilökohtaiset varajäsenet ovat HUS:n valtuuston jäseniä tai varajäseniä. Lautakunta koordinoi koko kuntayhtymän kuntalain mukaista ulkoista tarkastustointia. Vuonna 2012 tarkastuslautakunta kokoontui 13 kertaa.

Tarkastuslautakunta vuosille 2009–12 (1.4.09–)

Varsinainen jäsen

Markku Pyykkölä, pj (Kok.), Kerava
Majja Anttila, vpj (SDP), Helsinki

Varpu-Leena Aalto (Vihr.), Vantaa
Ulla Dönsberg (RKP), Raasepori
Aatos Hallipelto (Kok.), Helsinki
Tuula Lind (SDP), Kerava
Kari T. Nukala (Kok.), Espoo

Varajäsen

Raimo Huvila (Kok.), Vantaa
Kari Lehtola (SDP), Karjalohja 17.10.12 saakka
Tapani Eskola (SDP), Porvoo 17.10.12 lähtien
Marjo Varsa (Vihr.), Vantaa
Olof Gren (RKP), Loviisa
Seija Muurinen (Kok.), Helsinki
Auli Lehikoinen (SDP), Kerava
Anna-Liisa Helin (Kok.), Mäntsälä

Ulkoisen tarkastuksen yksikön henkilöstö 2012

Arviointijohtaja, lautakunnan esittelijä Reijo Salmela, dos., LKT, THT

Arviointipäällikkö Virpi Semberg-Konttinen, FM, Sh, MJD (29.2.12 saakka)

Arviointipäällikkö Pirjo Räsänen, dos., FT, esh., lautakunnan sihteeri 1.5.12 lähtien (vs. arviointipäällikkö 1.1.–29.2.12, virassa 1.3.12 alkaen)

Kehittämispäällikkö Sari Koskinen-Kivilahti, ThM (lautakunnan sihteeri 30.4.12 saakka)

Tarkastusassistentti Ritva Pehkonen-Eurén, tradenomi, MBA

Tilintarkastusyhteisönä oli KPMG Julkishallinnon Palvelut Oy, jonka vastuunalaisena tilintarkastajana toimi Jorma Nurkkala, JHTT, KHT.



Eturivi (vas): Ulla Dönsberg, Majja Anttila (vpj), Markku Pyykkölä (pj), takarivi (vas): Tuula Lind, Kari T. Nukala, Varpu-Leena Aalto, Pirjo Räsänen (arviointipäällikkö) ja Reijo Salmela (arviointijohtaja). Kuvasta puuttuu Aatos Hallipelto.

4 POTILASLÄHTÖINEN JA OIKEA-AIKAINEN HOITO

VALITTU PAINOPISTE/AVAINVAOITE	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
<p>1. Hoitotulosten vertailtava laatu</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoitotulosten kansainvälinen vertailu <p>Tavoitearvo</p> <ul style="list-style-type: none"> Kansainvälinen BM ohjelma suunniteltu ja käynnistetty 	<ul style="list-style-type: none"> HUS liittyi jäseneksi Dr Foster organisaation Global Comparators ohjelmaan (3 v. jäsenyys/100 000 €), mutta tuloksia ei v. 2012 vielä saatu. Sekä kansainvälisestä että kotimaisesta BM (Benchmarking)-työstä on vähän tuloksia, ja niitä on vaikea löytää ja hyödyntää BM-työn hajanaisuuden vuoksi. <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>
<p>2. Hoidon saatavuus</p> <ul style="list-style-type: none"> Potilaat saavat tarvitsemansa asiantuntijan arvioon perustuvan päivystys- ja kiireellisen hoidon. Kiireettömään hoitoon ja tutkimukseen pääsyn odotusajat ovat yliopistollisten sairaanhoitopiirien lyhimpiä. <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> Suoritteiden määrä (NordDRG-tuotteet, tuotteistetut hoitopäivät, avohoitokäynnit). Hoitoon ja tutkimukseen odottavien potilaiden määrät asukaslukuun suhteutettuna. <p>Tavoitearvot 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Sairaanhoitoalueille asetetut suoritettavat tavoitteet toteutuvat. Hoitoon ja tutkimukseen odottavien potilaiden määrät asukaslukuun suhteutettuna ovat yliopistosairaanhoitopiirien pienimmät. 	<ul style="list-style-type: none"> Suoritteiden määrää koskevat mittarit eivät kuvasta hoidon saatavuutta. Tavoite yliopistosairaanhoitopiirien pienimmistä luvuista hoitoon ja tutkimukseen odottavien osalta ei toteutunut yli 6 kk odottaneiden osalta, eikä läheteiden käsittelyajan osalta (> 21 vrk), sillä näissä HUS:n luvut olivat toimintavuoden lopussa yo-sairaanhoitopiirien huonoimmat. 3 kk määräaika ensimmäisen käynnin osalta toteutui HUS:ssa keskimäärin paremmin kuin muissa yliopistosairaanhoitopiireissä. Ks. AK:n luku 4.3 <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>
<p>3. Potilasturvallisuus</p> <p>MITTARI</p> <p>Potilasturvallisuusohjelma 2011 (sis. 10 tavoitetta)</p> <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Kaikki 10 kohtaa toteutettu 	<ul style="list-style-type: none"> Suurin osa potilasturvallisuusohjelman tavoitteista toteutui. <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>

4.1 Hoitotulosten vertailtava laatu

Vuonna 2012 on käynnistynyt kehittämistyö, jossa kehitetään ja implementoidaan yhtenäiset koko HUS-alueella käyttöön tulevat toimintamallit kaatumisten ja painehaavojen ehkäisyyn sekä ravitsemus- ja kivunhoitoon. Laadunhallinnan tueksi tarvittavan kliinisen toiminnan laatua kuvaavan tietotuotannon toteuttaminen on ollut haasteellista johtuen käytettävissä olevien IT-sovellusten

ominaisuuksista ja resurssien puutteesta⁴. Kansallisten tietojen vertailu on hankalaa, sillä tiedot eivät erittele sairaaloita.

Synnytyksyksiköiden välisessä vertaisarvioinnissa käytetään OECD:n laatuindikaattoreita, joita ovat muun muassa synnytyksen aikaiset 3. tai 4. asteen repeämät

⁴ Tieto saatu: kehittämisjohtaja Mattila K, 25.2.13.

spontaaneissa alatiesynnytyksissä (%) sekä imukuppi- tai pihtisyntytyksissä (%). Synnytyksen aikaisista 3. ja 4. as-teen repeämistä useat voidaan estää synnytyksen suunnittelulla ja laadukkaalla toiminnalla synnytyksen aikana. Suomalaisnaisista 0,6 % saa synnytyksen yhteydessä pahan repeämän, mikä on selvästi alle OECD-maiden keskiarvon (1,6 %)⁵. Vaurioiden määrä vaihtelee kuitenkin sairaaloittain. Eniten pahoja vaurioita kirjataan Päijät-Hämeen (1,29 %), Helsingin ja Uudenmaan (1,03 %) ja Vaasan sairaanhoitopiireissä (1,02 %).

4.2. Potilasturvallisuus

Terveydenhuoltolain (1326/2010) sekä sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen (341/2011) mukaan julkisten terveydenhuollon yksiköiden tulee laatia suunnitelmat laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Laadunhallinta- ja potilasturvallisuus-suunnitelma on HUS:ssa pidetty erillisinä asiakirjoina, eikä laadunhallinnan asiakirjaa ei ole toistaiseksi tehty. Kuntayhtymän toimintaohjeen tasolla johtajaylilääkäri vastaa potilasturvallisuuden, hoidon laadun, saatavuuden sekä vaikuttavuuden seurannasta, kehittämisestä ja valvonnasta. Käytännössä potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun liittyvät kysymykset ovat kuuluneet sekä johtajaylilääkäriin että hallintoylilääkäriin ja kehittämisjohtajan vastuulle. Koska vaikuttavuuden, laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden osa-alueet liittyvät kiinteästi toisiinsa, niiden johtaminen tulisi olla yhden henkilön vastuulla.

SUOSITUS: *Suunnitelma laadunhallinnan toteuttamisesta tulee laatia ja toteuttaa viipymättä. Hoidon laadun ja vaikuttavuuden sekä potilasturvallisuuden kehittäminen tulisi organisoida keskitetyksi, jotta HUS:n arvo ”korkea laatu ja tehokkuus” toteutuisi.*

HUS:n potilasturvallisuutta koskevat tavoitteet asetetaan vuosittain hallituksen hyväksymässä potilasturvallisuus-suunnitelmassa. HUS:n potilasturvallisuus-suunnitelma hyväksyttiin hallituksessa vasta elokuussa 2012. Potilasturvallisuus-suunnitelman laatimisaikataulu eroaa talousarvion sekä tilinpäätös- ja toimintakertomuksen laadinnan aikataulusta ja tämän vuoksi TPTK 2012:ssa on arvioitu vuoden 2011 potilasturvallisuus-suunnitelman tavoitteita.

SUOSITUS: *Potilasturvallisuus-suunnitelman erilainen aikataulutus verrattuna kuntayhtymän talouden ja toiminnan suunnitteluun vaikeuttaa potilasturvallisuus-suunnitelmassa määriteltyjen tavoitteiden seuranta ja arviointia. Tarkastuslautakunta esittää, että kalenterivuositainen potilasturvallisuus-suunnitelma käsitellään samanaikaisesti muiden strategisten asiakirjojen kanssa HUS:n suunnittelun ja seurannan vuosikellon mukaisesti.*

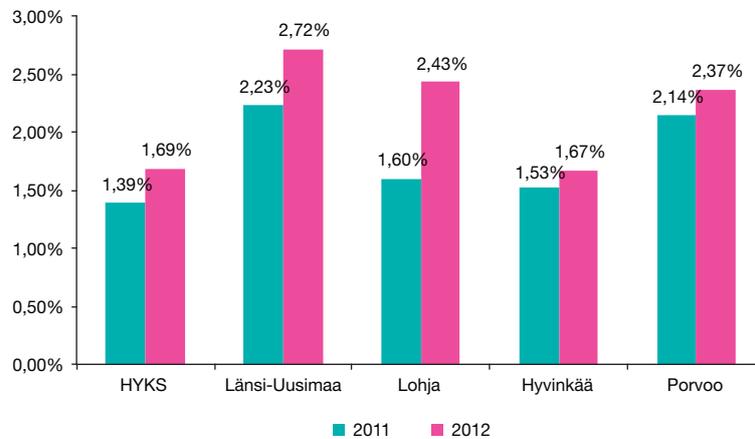
HUS:n potilasturvallisuustyön resursointi toteutui vuonna 2012 tavoitteiden mukaisesti. HUS:ssa otettiin käyttöön Potilasturvallisuutta taidolla -verkkokoulutus-ohjelma ja toteutettiin HSOPSC-kysely (Hospital Survey on Patient Safety Culture) potilasturvallisuuskulttuurin mittaamiseksi medisiinisessä tulosyksikössä. Tavoite potilasedustajien nimeämisestä potilasturvallisuuden ohjausryhmään ei toteutunut, mutta potilaiden osallistumista potilasturvallisuustyöhön edistettiin ottamalla käyttöön THL:n potilasturvallisuudesta kertova huoneentaulu.

OECD-indikaattoreiden seuraamiselle luotiin tietotekniset valmiudet vuoden 2012 aikana ja ne mahdollistavat potilasturvallisuuden seuraamisen kuukausittain HUS-tasolla. Useimpien indikaattoreiden tietotuotanto ei mahdollista seuranta sairaala- ja yksikkötasolla. Ongelmana on edelleen se, että tietojärjestelmät eivät keskustele keskenään, raportointi on puutteellista ja tilastointi vaatii osin kaksinkertaista kirjaamista, joten mahdollisuudet potilasturvallisuuden vertaamiseen HUS:n sairaaloiden välillä ovat vähäiset.

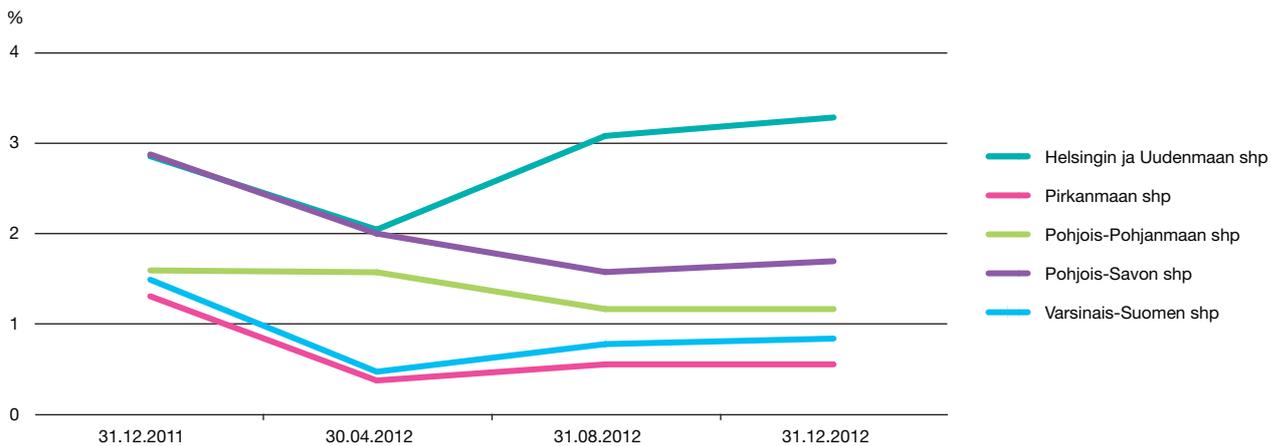
HUS-ToTal-tietokantaan lisättiin tieto sairaalassa kuolleiden potilaiden prosentuaalisesta osuudesta. Tietojen perusteella sairaalassa kuolleiden potilaiden osuus oli kaikilla sairaanhoitoalueilla selvästi suurempi vuonna 2012 edelliseen vuoteen verrattuna (kuvio 1). HUS:n virallisista asiakirjoista ei käy ilmi, miten sairaalakuolleisuuden kasvua on käsitelty organisaatiossa tai millaisiin toimenpiteisiin asian vuoksi on ryhdytty. Tarkastuslautakunta pitää huolestuttavana sitä, että sairaalakuolleisuuden lisääntymiseen ei ole reagoitu. Sairaalakuolleisuutta kuvaavia tietoja ei myöskään ole osoitettu virheellisiksi.

SUOSITUS: *HUS:n tulee varmistaa, että potilasturvallisuutta kuvaavat tunnusluvut ovat luotettavia ja vertailukelpoisia.*

5 Gissler M, Hämäläinen P, Jääskeläinen M ym. Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. THL:n raportti 54/2012.



Kuvio 1. HUS:n potilaiden sairaalakuolleisuus (%) sairaanhoitoalueittain vuosina 2011 ja 2012. Lähde: HUS-ToTal, Sairaalakuolleisuuden vuosivertailu.



Kuvio 2. Niiden läheteiden osuus (%), joiden käsittely kesti yli 21 vrk sairaanhoitopiireittäin. Lähde: THL. Hoitoon pääsy erikoissairanhoidossa.

MET (Medical Emergency Team) on toimintamalli, jossa sairaalan osastojen ja poliklinikoiden hoitohenkilökunta voi ennalta annettujen hälytyskriteerien täytyessä kutsua paikalle teho-osaston henkilökunnasta koostuvan ryhmän arvioimaan potilaan vointia ja hoidon tarvetta. Tavoitteena on tunnistaa potilaan peruselintoimintojen heikkeneminen riittävän ajoissa ja vähentää elvytyksiä ja tarvetta tehohoidolle. Vuonna 2011 päivitetyn Käypä hoito -suosituksen mukaan sairaalassa tulisi olla selkeästi määritelty ympärivuorokautinen vaste muualla kuin teho- ja valvontaosastoilla ilmeneviin peruselintoimintojen häiriöihin, esimerkiksi MET tai RRT (Rapid Response Team). MET on esimerkki nopean reagoinnin toiminta-

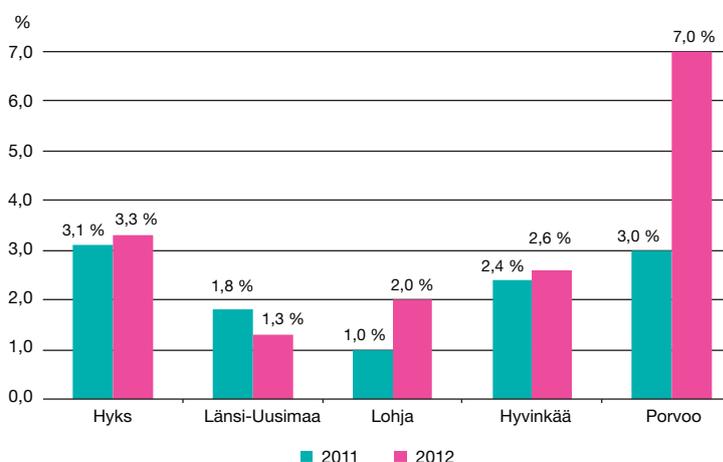
malleista, joiden on todettu olevan suositeltavia potilasturvallisuuden näkökulmasta⁶.

Hätätilaryhmätoimintaa on HUS:ssa järjestetty vaihtelevasti. Vuonna 2011 tehdyn selvityksen⁷ mukaan vain viidessä HUS:n yksikössä oli käytössä MET-toimintamalli

6 Shekelle P, Pronovost P, Wachter R ym. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Intern Med* 2013; 158: 365–68.

Winters B, Weaver S, Pfoh E, Yang T, Pham J, Dy S. Rapid-Response systems as a patient safety strategy. A Systematic review. *Ann Intern Med* 2013; 158: 417–25.

7 Yli-Ketola M, Larm M, Levälampi T. Hätätilaryhmätoiminta HUS-alueella. Katsaus tämänhetkiseen tilanteeseen ja ajatuksia tulevaisuuteen. Operatiivinen tulosyksikkö, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011.



Kuvio 3. Niiden läheteiden osuus (%), joiden käsittely kesti yli 21 vrk vuosina 2011 ja 2012 sairaanhoitoalueittain. Lähde: HUS-ToTal. Ulkoisten läheteiden käsittelyajat sairaanhoitoalueittain (viitattu 4.3.13).

eikä toiminta näissäkään ollut koko sairaalan kattavaa tai selkeästi organisoitua. Vuonna 2012 MET-toimintaa järjestettiin edelleen vaihtelevasti eikä toiminta kata kaikkia tulosyksiköitä tai osastoja.

4.3 Hoidon saatavuus

Kiireettömän hoidon määräaajoista säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Lain mukaan hoidon tarpeen arvio on aloitettava kolmen viikon kuluessa läheteen saapumisesta sairaalaan, erikoislääkärin arvio sekä tarpeelliseksi arvioidut laboratorio- ja kuvantamistutkimukset tulee toteuttaa kolmen kuukauden kuluessa läheteen saapumisesta ja tarpeelliseksi katsottu hoito on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteamisesta (§ 52). Lasten- ja nuorten mielenterveyspalveluissa vastaavat ajat ovat kolme viikkoa, kuusi viikkoa ja kolme kuukautta (§ 53). Lain mukaan sairaanhoitopiirin tulee julkaista tiedot hoitoon pääsystä toimintayksiköittäin neljän kuukauden välein internetissä (§ 55). THL seuraa hoidon saatavuutta.

Tarkastuslautakunta on arvioinut hoidon määräaajojen toteutumista HUS:ssa, palveluiden saatavuuden alueellista tasa-arvoa sekä HUS:n hoitotakuuseen liittyvää viestintää^{8,9}. HUS on asettanut tavoitteeksi, että hoitoon

pääsy toteutuu vähintään lain edellyttämällä tasolla. Lisäksi avaintavoitteena vuodelle 2012 oli, että kiireettömän hoidon ja tutkimusten odotusajat ovat yliopistollisten sairaanhoitopiirien lyhyimmät.

Vuonna 2012 läheteiden käsittely toteutui HUS:ssa huonommin kuin muissa yliopistosairaanhoitopiireissä. Liian myöhään käsiteltyjen läheteiden osuus vaihteli HUS:ssa 2,0–3,3 % välillä, kun vastaava osuus muissa yliopistosairaanhoitopiireissä oli 0,4–2,9 % (kuvio 2).

Niiden sairaalan ulkopuolelta saapuneiden läheteiden osuus, joiden käsittelyyn kului yli 21 vuorokautta, vaihteli HUS:n sairaanhoitoalueiden välillä 1–7 %:n välillä (kuvio 3). Erityisesti Porvoon sairaanhoitoalueella liian myöhään käsiteltyjen läheteiden osuus lisääntyi edelliseen vuoteen verrattuna. Koko HUS:n tasolla viivettä läheteiden käsittelyssä oli erityisesti kivunhoidossa, silmätaudeilla, syöpätaudeissa ja sädehoidossa sekä kirurgiassa (kuvio 4). Nuoriso- ja lastenpsykiatriassa liian pitkään käsiteltyjen läheteiden osuus (1,1–2,8 %) oli lähellä koko maan keskiarvoa (2,0–2,8 %)¹⁰.

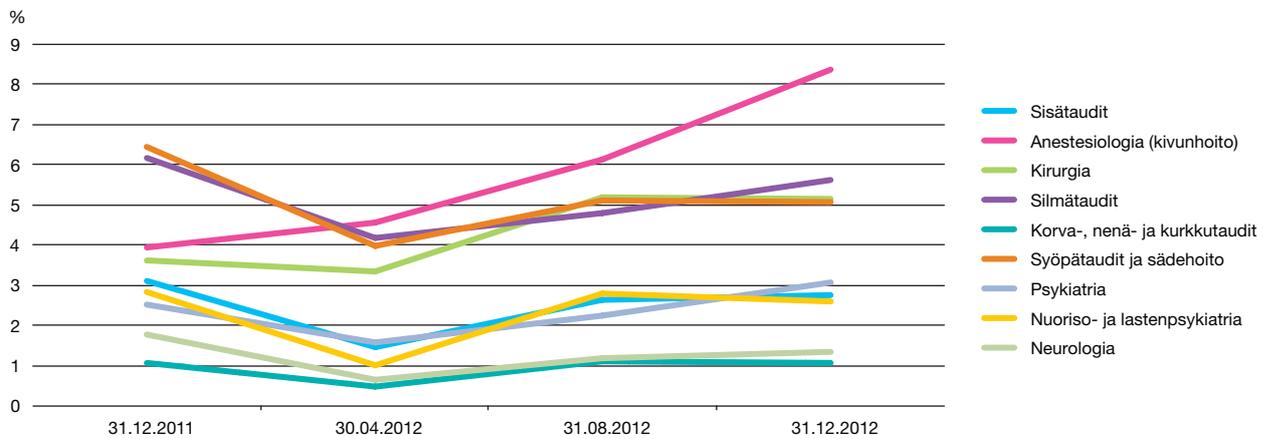
Liian pitkään hoitoa odottaneiden potilaiden määrä vaihteli jonkin verran kuukausittain. Eniten HUS:ssa oli liian kauan odottaneita potilaita kesäkuukausina, jolloin erityisesti poliklinikalle pitkään odottaneiden potilaiden määrä lisääntyi huomattavasti (kuvio 5).

Vuonna 2012 kolmen kuukauden hoitoon pääsyn määräaika ensimmäisen käynnin osalta toteutui HUS:ssa keskimäärin paremmin kuin muissa yliopistosairaanhoitopiireissä (kuvio 6). Yli kolme kuukautta odottaneiden potilaiden osuus vaihteli HUS:ssa tarkas-

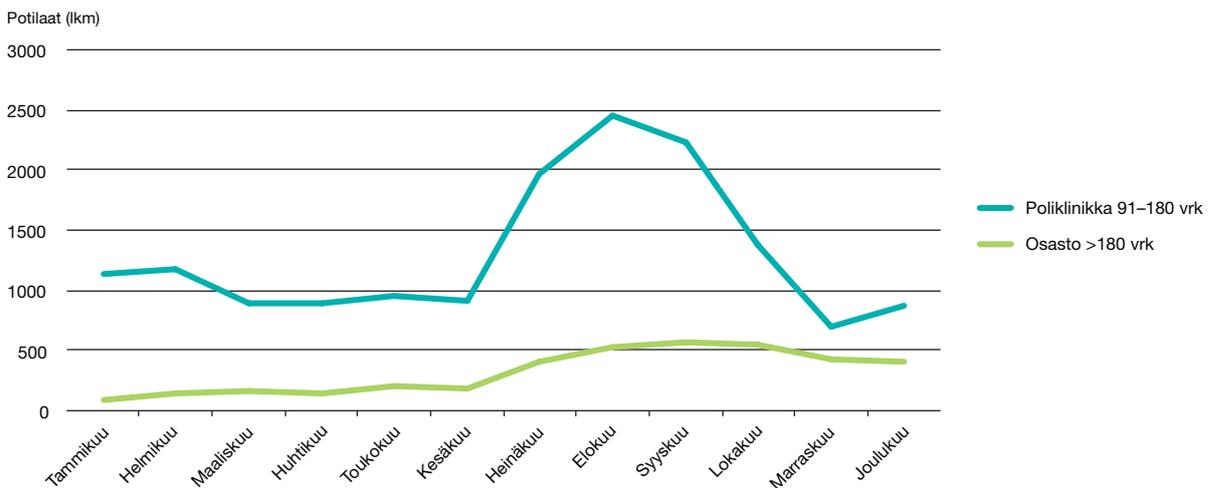
8 Arviointi on tehty 31.12.11, 30.4.12, 31.8.12 ja 31.12.12 koskevien tietojen perusteella hyödyntäen HUS:n omaa tietotutantoa (HUS-ToTal) sekä THL:n hoitoon pääsyä koskevia tietoja. THL. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa, peruskuutio (päivitetty 1.2.13). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/erikoissairaanhoidon_hoitoonpaasy

9 Koskinen-Kivilihti S, Räsänen P, Salmela R. Arviointi hoidon saatavuudesta HUS:ssa. Arviointiraportti hoidon saatavuudesta on luettavissa Ulkoisen tarkastuksen intranet-sivuilla <http://intranet.hus.fi/Organisaatio/tsenaiset-tulosalueet/Ulkoinen-valvonta/Sivut/default.aspx>.

10 THL. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa, psykiatrian kuutio (päivitetty 1.2.13). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/erikoissairaanhoidon_hoitoonpaasy



Kuvio 4. Yli 21 vrk käsiteltävien läheteiden osuus (%) HUS:ssa erikoisaloittain.
Lähde: THL. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoitossa.



Kuvio 5. Yli hoitotakuun odottaneiden potilaiden määrä kuukausittain vuonna 2012 (HUS yhteensä).
Lähde: Hus-ToTal. Hoitoon pääsy; odottajat kuukausittain (viitattu 4.3.13).

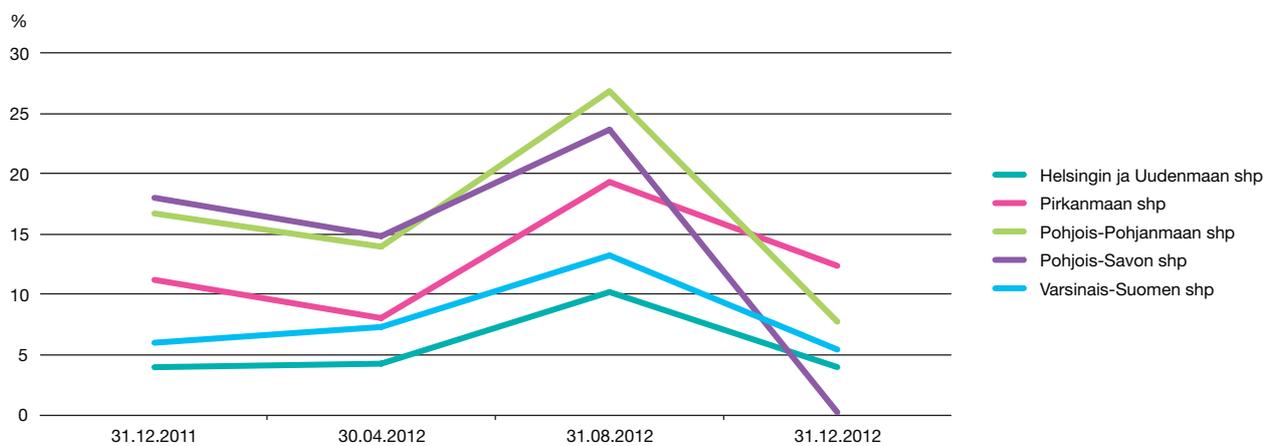
teluajankohtina 4,0–10,2 prosentin välillä ja oli pienempi kuin edellisen vuoden vastaavina ajankohtina (v. 2011 4,0–16,3 %).

Kolmen kuukauden määräaika ensimmäisen käynnin osalta toteutui kaikkien potilaiden kohdalla ainoastaan syöpätaudeilla ja sädehoidossa. Suhteellisesti eniten yli 90 päivän määräajan odottaneita potilaita oli anestesiologian erikoisalalla, käytännössä nämä potilaat odottivat kipupoliklinikalle, johon on keskitetty syöpäsairauksiin liittyvä ja kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden hoito. Myös silmätautien ja psykiatrian potilaita huomattava osa joutui odottamaan ensimmäistä käyntiä liian pitkään. Kuviossa 7 on esitetty erikoisaloittain niiden HUS:n

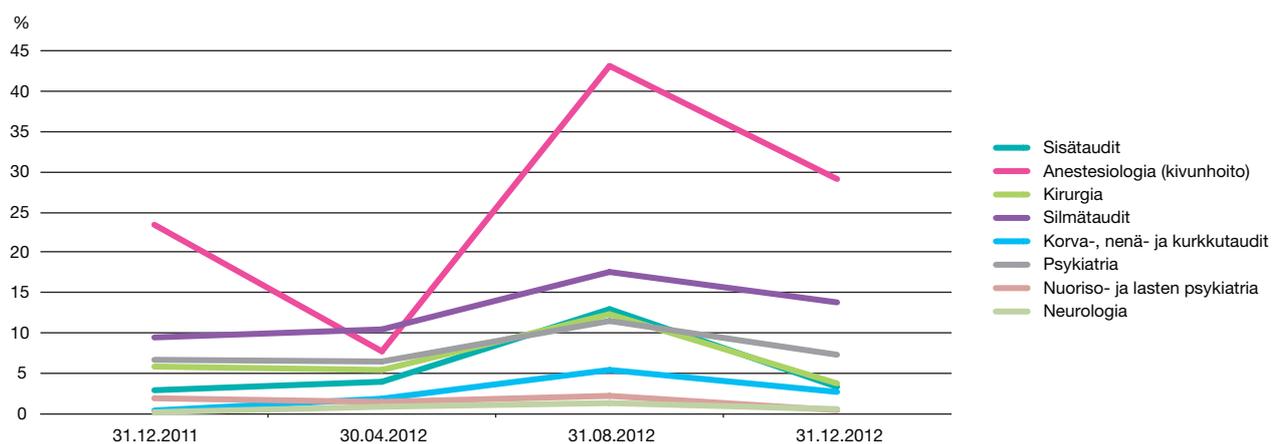
potilaiden prosentuaalinen osuus, jotka joutuivat odottamaan ensimmäistä käyntiä yli 90 päivää vuonna 2012.

Vuonna 2012 yli 180 vuorokautta hoitoa odottaneiden potilaiden osuus vaihteli HUS:ssa 0,8 ja 2,9 prosentin välillä (kuvio 8), mikä on lähellä yliopistosairaanhoitopiirien keskiarvoa (1,2–2,5 %). Vuoden lopussa HUS:n potilaita 2,4 % oli odottanut hoitoa yli kuusi kuukautta, mikä on enemmän kuin edellisen vuoden vastaavana ajankohtana (0,8 %).

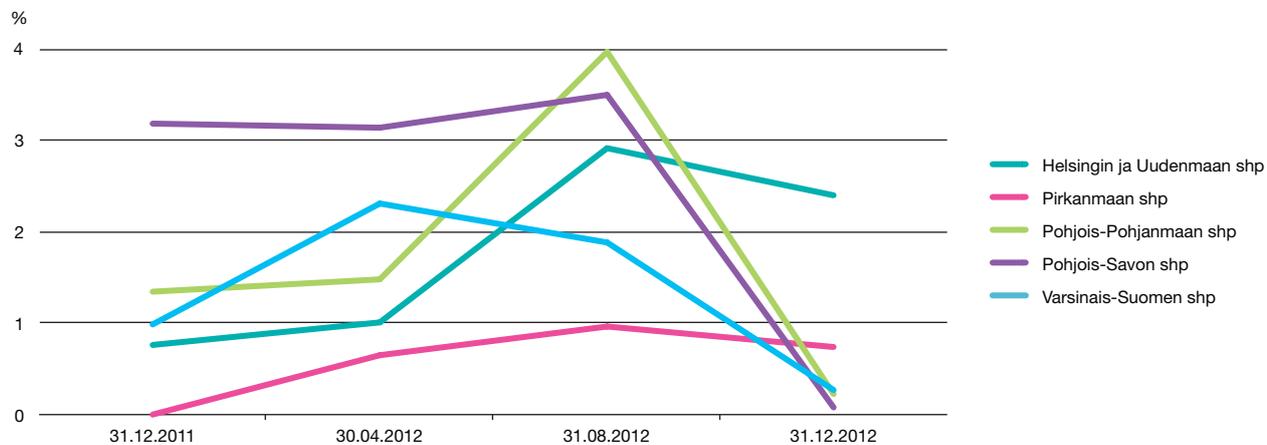
Suhteellisesti eniten yli puoli vuotta hoitoa odottaneita potilaita oli silmätäudeilla ja kirurgiassa. Liian kauan odottaneiden potilaiden osuus lisääntyi vuoden kuluessa silmätäudeilla, jossa vuoden lopussa noin 10 % poti-



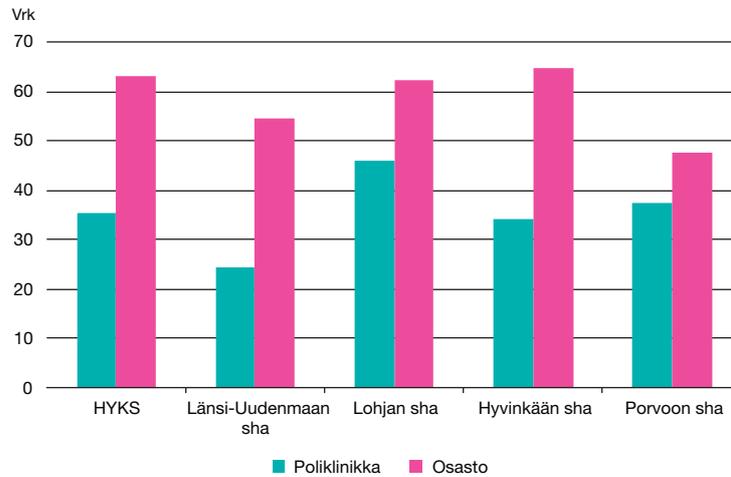
Kuvio 6. Ensimmäistä käyntiä yli 90 vrk odottaneiden potilaiden osuus (%) yliopistosairaanhoidotiireissä. Lähde: THL. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa.



Kuvio 7. Ensimmäistä käyntiä yli 90 vrk odottaneiden potilaiden osuus (%) HUS:ssa erikoisaloittain. Lähde: THL. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa.



Kuvio 8. Yli 180 vrk hoitoa odottaneiden potilaiden osuus (%) yliopistosairaanhoidotiireittäin vuonna 2012. Lähde: THL. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa.



Kuvio 9. Keskimääräinen hoidon odotusaika (vrk) poliklinikalle ja osastolle vuonna 2012 HUS:n sairaanhoitoalueilla. Lähde: HUS-ToTal. HUS jonossa kuutio 2012 TP (viitattu 4.3.13).

laista oli ollut jonossa yli puoli vuotta. Kirurgian erikoisaloista erityisesti plastiikka-, verisuoni- sekä sydän- ja rintaelinkirurgiassa huomattava osa potilaista joutui odottamaan hoitoa liian pitkään¹¹. Neurologiassa liian pitkään odottaneiden potilaiden osuus oli vuoden lopussa noin 9 %, vaikka hoitoon pääsy aikaisemmin vuoden 2012 aikana toteutui lain mukaan.

Vuonna 2012 hoitoon pääsy vaihteli jonkin verran HUS:n sairaanhoitoalueiden välillä, kun asiaa tarkastellaan keskimääräisten odotusaikojen perusteella (kuvio 9). Keskimääräinen odotusaika poliklinikalle oli lyhyin Länsi-Uudenmaan (24 päivää) ja pisin Lohjan (46 päivää) sairaanhoitoalueella. Osastohoidon keskimääräinen odotusaika vaihteli 48 (Porvoon sha) ja 65 (Hyvinkään sha) päivän välillä.

Vuonna 2012 HUS ei saavuttanut terveydenhuoltolaisia (1326/2010) ja valtuuston päätöksissä hoidon saatavuudelle asetettuja tavoitteita. Ensimmäisen käynnin osalta 90 päivän määräaika toteutui HUS:ssa hieman paremmin kuin muissa yliopistosairaanhoitopiireissä, mutta tästä huolimatta tarkasteluajankohtina jonossa oli 909–2356 potilasta, jotka olivat odottaneet ensimmäistä käyntiä liian kauan sekä 117–518 potilasta, jotka olivat odottaneet hoitoa yli puoli vuotta. Liian myöhään käsiteltyjen läheteiden osuus ja yli 180 päivää hoitoon odottaneiden potilaiden osuus oli vuoden lopussa HUS:ssa yliopistosairaanhoitopiirien korkein.

Vuonna 2012 HUS ei tiedottanut hoitotakuun toteutumisesta lain velvoitteiden mukaisesti, eikä HUS:n tietotuotanto antanut riittävästi toimintayksikkökohtaista tietoa hoidon saatavuudesta ja hoitoon hakeutumisen vaihtoehtoista. Potilaille suunnatun internet-sivuston hoitoon pääsy- ja odotusaikatieitoja päivitettiin ja ylläpidettiin heikosti. Myös kirjaamiskäytännöissä todettiin puutteita. Esimerkiksi ostopalveluhoidoiksi kirjatut hoidot sisältävät kaikki eri syistä muualla hoidetut potilaat eikä tietojärjestelmästä saa tietoa siitä, milloin ostopalvelu liittyy hoitotakuun toteuttamiseen. Määräaikaisten noudattamatta jättäminen ja heikko hoitoon pääsystä tiedottaminen ovat riski HUS:n julkisuuskuvalle.

HUS:ssa potilaiden hoitoon pääsyä on edistetty tekemällä lisätöitä, ottamalla käyttöön palveluseteli, hankkimalla ostopalveluita ja kehittämällä omaa toimintaa. Toimenpiteillä ei ole saatu aikaan pysyvää parannusta hoitotakuun toteutumisessa. Liian myöhään käsiteltyjen läheteiden ja ensimmäistä käyntiä odottaneiden potilaiden osuus oli vuoden 2012 lopussa suurin piirtein samalla tasolla kuin vuotta aikaisemmin. Yli 180 vuorokautta odottaneiden osuus lisääntyi vuoden loppua kohden.

SUOSITUS: HUS:n tulee huolehtia siitä, että terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaiset hoitoon pääsyn määräajat toteutuvat ja että HUS tiedottaa hoitoon pääsy- ja odotusajoista toimintayksiköittäin lain edellyttämällä tavalla internetissä neljän kuukauden välein.

11 Yli 180 vrk odottaneiden potilaiden osuus vaihteli vuonna 2012 tarkasteluajankohtina plastiikkakirurgiassa 4,2–13,4 %, verisuonikirurgiassa 0,4–5,8 % ja sydän- ja rintaelinkirurgiassa 2,1–4,0 % välillä. THL. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa, peruskuutio (päivitetty 1.2.13).

4.4 Vaikuttaako tulotaso sairaalapalvelujen käyttöön?

HUS:n strategiassa vuosille 2012–16 on asetettu tavoitteeksi yhdenvertaisen ja tasa-arvoisen hoidon saatavuuden varmistaminen riippumatta kotikunnasta, sosiaalisesta asemasta tai muista syistä. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että nämä tavoitteet eivät toteudu Suomessa tyydyttävästi, eikä terveydenhuollon jakaumatavoite (väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen) ole toteutunut. Erikoislääkärikäytien jakauma on Suomessa selvästi parempituloisia suosiva¹² ja tyydyttämätöntä terveyspalvelujen tarvetta on niin Suomessa kuin useissa muissakin EU-maissa enemmän pienituloisilla¹³. Tämän vuoksi tarkastuslautakunta päätti selvittää yhdessä THL:n kanssa, miten erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö jakaantuu tulotason mukaan HUS:n alueella samalla kun selvitettiin erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä tulotason mukaan alueellisesti koko maassa¹⁴.

Hoitoilmoitusrekisterin ja Tilastokeskuksen aineistoihin perustuva tarkastelu vuosilta 2008–10 osoittaa, että julkisen ja yksityisen sairaalahoitoon käyttö on sekä

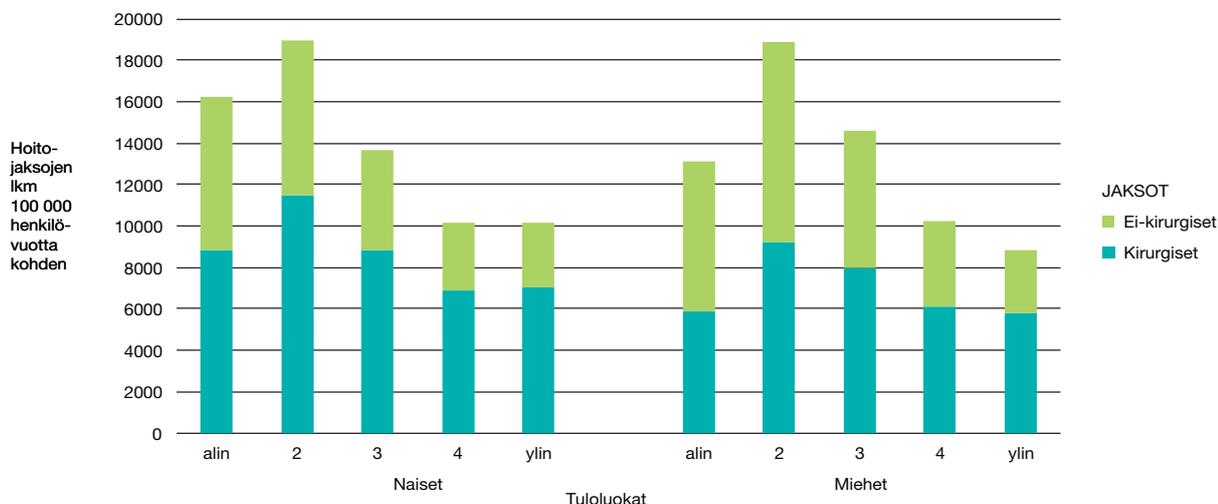
koko HUS:n alueella (kuvio 10) että sen kullakin viidellä sairaanhoitoalueella yleisempää alemmissa tuloryhmissä kuin ylemmissä. Poikkeuksen muodostaa alin tuloviidenes, jossa hoitajaksot oli selvästi vähemmän (etenkin miehillä) kuin toiseksi alimmalla tuloviidenneksellä. Alimman tuloryhmän sairaalahoitoon käyttö oli HYKS:n erityisvastuualueella erityisen vähäistä verrattuna muihin erityisvastuualueisiin ja toiseksi alimpaan tuloryhmään sekä miehillä että naisilla.

Tarkasteltaessa kirurgisia ja ei-kirurgisia hoitajaksot ilmeni, että kirurgisten hoitajaksot osuus oli suurempi ylemmissä tuloluokissa kuin alemmissä. Esimerkiksi miehillä kirurgisten jaksot osuus kaikista hoitajaksotista oli korkeampi ylimässä tuloryhmässä (66,3 %) kuin pienituloisimpien ryhmässä (44,6 %). Naisilla vastaavat luvut olivat 69,0 % ja 54,3 %. Tulokset viittaavat siihen, että ylempien tuloryhmien potilaille tehdään enemmän toimenpiteitä kuin alempien tuloryhmien potilaille. HUS:ssa tulisi selvittää, mistä nämä erot johtuvat ja onko niillä mahdollisesti vaikutusta hoitotuloksiin.

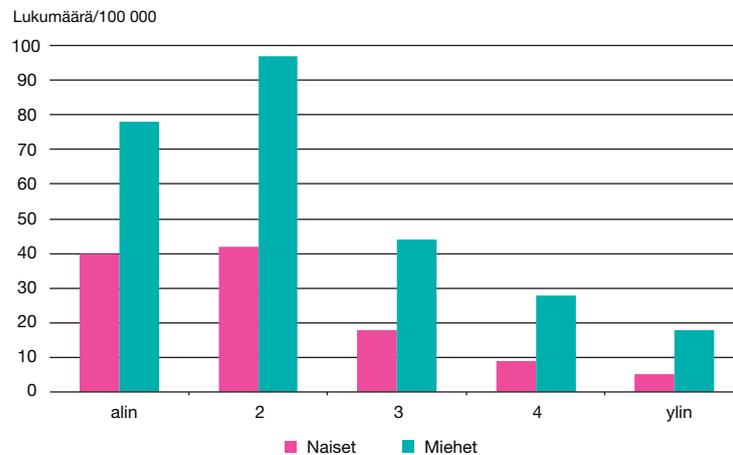
Väestötutkimusten perusteella tiedetään, että sairastavuus ja siitä johtuva palvelujen tarve ovat suurempia alemmissä tuloryhmissä. Palvelujen tarpeesta ei ole tietoja tulotason mukaan, joten tulosten perusteella ei ole mahdollista päätellä, onko alempien tuloryhmien palvelujen käyttö riittävää suhteessa suurempaan palvelutarpeeseen.

Terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevia kuolemia ja tautikomplikaatioita tapahtuu enemmän alemmissä kuin ylemmissä sosiaaliryhmissä. Esimerkki tällai-

- 12 OECD. Health at a Glance 2011. OECD Indicators. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en (viitattu 9.1.12)
- 13 Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. Eurohealth 2009;15:7–9.
- 14 Manderbacka K, Arffman M, Salmela R ym. Somaattisen erikoissairaanhoidon käytön sosioekonomiset erot alueittain 1998–2010. THL:n raportti nro 2/2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-820-9>. (Viitattu 26.4.13)
- 15 Ottaa huomioon sairaalahoitoon riskissä olevan väestön kuolemat ko. ajanjaksolla.



Kuvio 10. Sairaalahoitajaksot 100 000¹⁵ henkilövuotta kohden naisilla ja miehillä (25–84-vuotiaat) tuloviidenneksittäin HUS-alueella 2008–10.



Kuvio 11. Alaraaja-amputaatioiden lukumäärä 100 000 henkilövuotta kohden HUS-alueella 2008–10 tuloviidenneksittäin.

sesta on alaraaja-amputaatiot, joiden merkittävin syy on diabetes ja joista valtaosa olisi estettävissä varhaisella diagnoosilla, oikealla hoidolla ja potilaan omatoimisella jalkojen hoidolla^{16,17}. Tämän tutkimuksen mukaan alaraaja-amputaatioiden määrä vaihteli jyrkästi sekä miehillä että naisilla tulotason mukaan; mitä alempi tulotaso sitä suurempi oli amputaatioiden määrä vuosina 2008–10 (kuvio 11).

Havainnot alimman tuloryhmän vähäisestä sairaalapaalupalvelujen käytöstä ja amputaatioiden määrästä eri tuloryhmissä asettavat haasteita erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistoiminnalle. Ilmeisesti esimerkiksi diabeteksen hyvää hoitoa ei ole pystytty toteuttamaan yhdenvertaisesti eri tuloryhmiin kuuluvilla ja tulokset viittaavat siihen, että tyydyttämätöntä hoidon tarvetta on HUS:n alueella erityisesti alimpaan tuloviidennekseen kuuluvalla väestöllä. Tähän lienee monia

syitä; pienituloisimmat jäävät usein työterveyshuollon ulkopuolelle, käyttävät vähemmän yksityisiä terveyspalveluja, kärsivät palvelujärjestelmän puutteista (esim. hoitoketjujen toimimattomuus, heikko hoidon jatkuvuus ja kommunikaation puutteet) ja tässä ryhmässä köyhyys, työttömyys ja yksinasuminen vaikeuttavat usein palveluihin hakeutumista ja niiden saamista.

Sosiaaliryhmien väliset kasvavat erot sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ovat vakava ongelma. HUS:n tulee yhdessä tiedeyhteisön kanssa selvittää, miten HUS:n palvelujen kohdentamisella sekä hoito- ja palveluketjujen kehittämisellä voitaisiin vähentää näitä eroja. Tämä edellyttää myös palvelutarpeen tarkempaa selvittämistä eri väestöryhmissä.

SUOSITUS: HUS:n tulee edelleen kehittää sekä omia hoitokäytäntöjään että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, jotta yhdenvertainen ja tasa-arvoinen hoito toteutuu HUS-alueella.

16 Sund R, Koski S. FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen – Tekninen raportti. Tampere: Suomen Diabetesliitto 2009.

17 Ikonen TS. Alaraaja-amputaatioiden määrä vähenee – mutta ei riittävästi. Duodecim 2011;127:1519–20.

5 KORKEATASOINEN TUTKIMUS JA OPETUS

VALITTU PAINOPISTE/AVAINVAOITE	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
<p>1. Yliopistojen, korkeakoulujen ja muiden yliopistollisten sairaanhoitopiirien kanssa vaikutetaan kliinisen lääketieteen tutkimuksen aseman vahvistamiseen valtakunnallisessa tiede- ja tutkimuspolitiikassa ja rahoituspäätöksiä tehtäessä.</p> <p>Tieteellistä yhteistyötä teollisuuden kanssa kehitetään. Vahvistetaan HUS:n kilpailukykyisyyttä kliinisten lääketutkimusten suorituspaikkana.</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Ulkopuolisen tutkimusrahoituksen määrä. <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Kilpailun ulkopuolisen ja teollisuuden antaman tutkimusrahoituksen määrä on vuonna 2012 reaalisesti suurempi kuin 2011. 	<p>Tavoite toteutui. Ulkopuolisen tutkimusrahoituksen osuus oli 2011 yht. 11,4 M € ja 2012 yht. 11,9 M € (+4,3 %).</p> <p>○ ○ ●</p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>
<p>2. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erikoistumiskoulutus mitoitetaan nykyisten erikoislääkäreiden poistumaan ja tarveanalyysiin perustuvan arvon perusteella niin, että erikoislääkäreiden määrä riittää tulevaisuudessa palvelujärjestelmän tarpeisiin.</p> <p>MITTARI</p> <p>Palvelujärjestelmän tarpeen mukaisten koulutusmäärien toteutuminen.</p> <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Erikoislääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden erikoisalohtainen tarve koko erityisvastuualueella on arvioitu ja suunnitelma sen tyydyttämiseksi tehty yhdessä lääketieteellisen tiedekunnan kanssa. 	<ul style="list-style-type: none"> HYKS-ervasta tehdyn selvityksen¹⁸ mukaan erikoislääkäreitä on riittävästi tarvittavaan palvelutuotantoon nähden. Isojen erikoisalojen sisällä tarvitaan koordinaatiota ja psykiatristen alojen vähäinen houkuttelevuus on merkittävä ongelma. Vaadittavat koulutusjärjestelyt jäivät erä-järjestämissuunnitelmassa perustetun ryhmän tehtäväksi, ja erikoishammaslääkäreiden osalta odotetaan STM:n selvitystä. Myös Itä-Suomen yliopistossa tehdyn tutkimuksen¹⁹ mukaan HYKS-alueella vuoteen 2020 mennessä valmistuvat sekä alueelle muualta tulevat erikoislääkärit riittävät korvaamaan työmarkkinoilta poistuvat erikoislääkärit kaikilla erikoisaloilla. Korvaavuusaste on tämän tutkimuksen mukaan HYKS-alueella alhaisin naistentautien ja synnytysten, psykiatrian ja silmätauti erikoisaloilla. Hoitohenkilökunnan ja akateemisten erityistyöntekijöiden työvoimatarvetta kartoittaneessa selvityksessä²⁰ ehdotetaan mm. seuraavia kehittämistoimenpiteitä: Rafaelahoitoisuus- ja HUS-Rekry-tietojen hyödyntäminen, yhtenäinen käsitteistö vakanssi- ja ammattinimikkeissä, yhteistyö ammattikorkeakoulujen ja toisen asteen oppilaitosten kanssa, joustavuutta työelämän tarpeista lähteviin muutoksiin ja opetuksen kehittämiseen, asiantuntijaohjauksen ja tiedolla johtamisen lisääminen, henkilöstöjohtamisen mahdollistavan osastokoon määrittely, johtamisjärjestelmien kuvaus, eläkeikäisten työntekijöiden, viranhaltijoiden ja keikkalaisten määrien selvitys. HUS:ssa tehdyn tieteellisen tutkimustyön vaikutusta potilaiden hoitoon arvioitiin toukokuussa 2012 ilmestyneessä raportissa²¹. Tuloksena oli, että tieteellinen tutkimustoiminta on ollut keskeistä HUS:n potilashoidon sekä terveyden ja erityisesti sairaanhoidon kehittämisen kannalta. <p>○ ● ○</p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>

18 Meretoja O. Hyks-erä-erikoislääkärit 2025. Erikoisalohtainen erikoislääkäritilanne ja koulutuksen tarve Hyks erityisvastuualueella vuoteen 2025. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,28879,43047,43048> (viitattu 21.3.13)

19 Keinänen M, Komulainen J, Koistinen V ym. Terveydenhuollon tuotantopolitiittiset vaihtoehdot: Erikoissairanhoidon kysynnän ja tarjonnan tasapaino Suomessa. http://www.tem.fi/files/35119/TUOTA_Kansallinen_Loppuraportti_30_11_2012.pdf (viitattu 21.3.13)

20 Vuorinen R. Hyksin erä hoitohenkilöstö ja akateemiset erityistyöntekijät 2025. http://tiimit.hus.fi/hallinto/HUS_Yhtymahallinto_Henkilostotomikunta/Muistioiden%20liitteet/Kokousasiakirjat%202012/Kokous%202012%2011%2015/Kokous%202012%2011%2015%20Liite%201%20Erä/Hyks-erä-hoitohenkilöstö%20ja%20akateemiset%20erityistyöntekijät_2025.pdf (viitattu 20.4.13)

21 Karma P. Tieteellinen tutkimustyö ja sen vaikutukset Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Arviointiraportti HUS:iin liittyvän tieteellisen tutkimustyön vaikutuksista erityisesti potilaiden hoitoon. [http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Karma_HUSRaportti_final_150512\[1\].pdf](http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Karma_HUSRaportti_final_150512[1].pdf) (viitattu 21.3.13)

6 TIIVISTYVÄ KUMPPANUUS PERUSTERVEYDENHUOLLON KANSSA

VALITTU PAINOPISTE/AVAINVAOITE	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
<p>1. Palveluketjut ja perusterveydenhuollon (PTH) yhteistyö</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palveluketjut kuvattu extranetissä <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • Top ten -palveluketjut valittu ja kuvattu mittareineen yhteistyössä pth:n kanssa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pääkaupunkiseudun esh:n ja pth:n integraatioryhmä valitsi kehityksen kohteeksi neljä palveluketjua mittareineen, mutta TPTK:ssa ei ole kerrottu mitkä nämä ovat, eikä niitä ole kuvattu ekstranetissä. Ekstranetissä on vain muutamia hoitoketjukuvauksia, joista kaksi on päivitetty vuoden 2012 aikana: äitiyshuollon HAL (huumeet, alkoholi, lääkkeet) -potilaan hoitoketju ja syömishäiriöhoitoketju. Ekstranetiä ei ole käytetty vuonna 2012 tavoitteiden mukaisesti HUS:n ja jäsenkuntien väliseen tiedonvaihtoon hoitoketjujen osalta. <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>
<p>2. Perusterveydenhuollon yksikkö</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTH yksikön organisointi <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTH yksikkö on uudelleen organisoituna aloittanut toimintansa ja sille on laadittu tulostmittarit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pth:n yksikön ylilääkäri on aloittanut tehtävässä 1.11.12. Yksikön organisointi on edennyt hitaasti, sen voimavarat ovat liian pienet terveydenhuoltolaissa asetettuihin tehtäviin verrattuna, eikä yksikkö laatinut strategialla tai tavoitteita mittareineen vuoden 2012 aikana. <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>

6.1 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Perusterveydenhuollon (pth) yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan pth:ssa tehtävää tutkimusta ja kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta sekä huolehtii henkilöstötarpeen ennakkoinnista sekä erikoissairaanhoidon (esh), pth:n ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta.

Lakisääteisten tehtäviensä vuoksi pth:n yksiköllä on keskeinen rooli pth:n ja esh:n yhteistyössä. Perusterveydenhuollon yksikön johtajan tehtäviä hoitava ylilääkäri aloitti virassaan marraskuun alussa. Vuoden lopussa yksikössä oli yleislääketieteen opettajien lisäksi vain muutama muu vakanssi.

Vaikka hoitopääsy terveyskeskuksiin parani hieman vuonna 2012 THL:n hoitopääsykyselyjen²² mukaan, tilanne on monessa HUS-alueen terveyskeskuksessa

edelleen erittäin vaikea lääkärin vastaanotolle pääsyn osalta. Tilanteen korjaamista voidaan edistää paremmalla esh:n ja pth:n yhteistyöllä.

HUS:n ja pth:n yhteistyö lisääntyi vuonna 2012 muun muassa seuraavasti:

- Jäsenkunnat ovat käynnistäneet terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien laatimisen sairaanhoitoalueittain, ja pth:n yksikön ylilääkäri koordinoi osaltaan yhteistyötä koko sairaanhoitopiirin tasolla. Epätietoisuus sote-ratkaisusta vaikeutti järjestämissuunnitelmien laatimista, ja niiden laatiminen oli vielä kesken toimintavuoden päättyessä.
- Ensihoidon järjestämisvastuun siirtyminen sairaanhoitopiirille edellytti laajaa yhteistyötä HUS:n ja jäsenkuntien välillä muutoksen valmistelussa.
- HUS ja pääkaupunkiseudun kunnat käynnistivät hankkeen, jonka tavoitteena on hankkia yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä julkisen sektorin pth:n, esh:n ja soveltuvin osin sosiaalitoimen käyttöön.
- HUS:n ja jäsenkuntien yhteispäivystyksiä on lisätty ja esim. Jorvin sairaalan yleislääketieteen päivystyspoliklinikan vuokralääkäritoimintaa on pyritty vähentämään perustamalla lisää virkoja vuoden 2013 alusta.

22 THL. Hoitopääsy perusterveydenhuollossa. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon_hoitopaasy (viitattu 22.4.13)

- Pth:n toimijoiden työtä ja osaamisen kehittymistä on tuettu lisäämällä erikoislääkäreiden konsultaatioita sekä ohjaus- ja neuvontakäyntejä terveyskeskuksiin. Tähän yhteistyöhön etsitään paikallisiin tarpeisiin parhaiten sopivia toteutustapoja, ja parhaiten toiminta on käynnistynyt psykiatrian erikoisalalla.

Myös HUS:n liikelaitosten ja taseyksiköiden palvelut jäsenkunnille lisääntyivät vuonna 2012, esim:

- HUS-Kuvantaminen teki sopimukset palvelujen tuottamisesta Järvenpään ja Hangon terveyskeskuksille ja Mustijoen perusturvalle. Potilaiden valinnanvapautta tutkimuspaikan suhteen on lisätty, koska sähköiset läheteet välittyvät kaikkiin röntgentoimipisteisiin.
- HUSLAB tuottaa palveluja kaikille jäsenkuntien terveyskeskuksille Porvoota lukuun ottamatta. Laboratoripalvelujen saatavuus ja oikea-aikaisuus toteutuivat hyvin (mm. 85 % potilaista pääsi vuonna 2012 näytteenottoon 30 min. kuluessa terveysasemien ja poliklinikoiden näytteenottopisteissä).
- HUS-Apteekin lääkehuoltopalvelujen piirissä oli vuonna 2012 yhteensä 16 jäsenkuntaa (Vantaa liittyi 1.5.12). Tavoitteena on, että HUS-alueella olisi yksi lääkehuoltoa tuottava yksikkö, joka hoitaa sekä esh:n että pth:n lääkehuoltoa. Näin voidaan varmistaa katkeamaton lääkehoidon toteutus potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.
- HUS-Logistiikan yhteistyö HUS:n jäsenkuntien perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa on kehittynyt myönteisesti, ja sillä on yhteensä 18 jäsenkunta-asiakasta. Ulkoiset myyntituotot kasvoivat 12,8 % edellisvuoteen verrattuna. Kerava, Kirkkonummi ja Kauniainen ovat tehneet yhteistyösopimuksen HUS-Logistiikan kanssa sairaankuljetuspalvelujen tuottamisesta 1.1.13 alkaen. Espoon perusturvalautakunta on päättänyt, että Espoon koko oma potilaskuljetustoiminta fuusioidaan HUS-Logistiikan sairaankuljetukseen 1.4.13 alkaen.

Tietohallinnon taseyksikössä on otettu käyttöön alueellinen e-reseptien välityspalvelu ja e-Resepti koko HUS-alueella. HUS-ToTal-raportointi on kuntakäyttäjien saatavilla ekstranetin kautta.

Apuvälinekeskuksessa käynnistyi vuonna 2012 yhteistyöhanke HUS:n jäsenkuntien kanssa yhtenäisten apuvälineiden luovutusperusteiden luomiseksi HUS-alueelle.

SUOSITUS: *Tiivistyvä yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken edellyttää moniammatillista asiantuntemusta ja verkostomaisia toimintatapoja. Kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tulee omissa suunnitelmissaan varautua tiivistyvään yhteistyöhön.*

6.2 Hoito- ja palveluketjujen arviointi

Yksi HUS:n strategian tavoitteista on yhteisten palveluketjujen muodostaminen keskeisille potilasryhmille

sairaanhoitoalueittain. HUS:n ja Helsingin kaupungin tarkastuslautakunnat tekivät vuonna 2012 yhteisarvioinnin, jonka tavoitteena oli selvittää, onko Helsingin kaupungin ja HUS:n hoito- ja palveluketjujen kehittäminen sujuvoittanut helsinkiläisten potilaiden ja asiakkaiden siirtymistä HUS:sta hoidon ja hoivan tarpeen mukaiselle jatkohoitopaikalle ja onko hoito- ja palveluketjujen kehittäminen vaikuttanut helsinkiläisten potilaiden siirtoviivepäivien määrään²³.

Vuosina 2009–12 on toiminut useita työryhmiä, joissa HUS:n ja jäsenkuntien edustajat ovat yrittäneet kehittää hoito- ja palveluketjuja ja edistää niiden käyttöä palvelujärjestelmässä. Koska hoito- ja palveluketjujen kehittämistyötä on pääosin tehty pääkaupunkiseudun kuntien yhteistyönä erilaisissa työryhmissä, HUS:n ja Helsingin yhteisarvioinnin havainnot koskevat Helsingin lisäksi muitakin pääkaupunkiseudun kuntia.

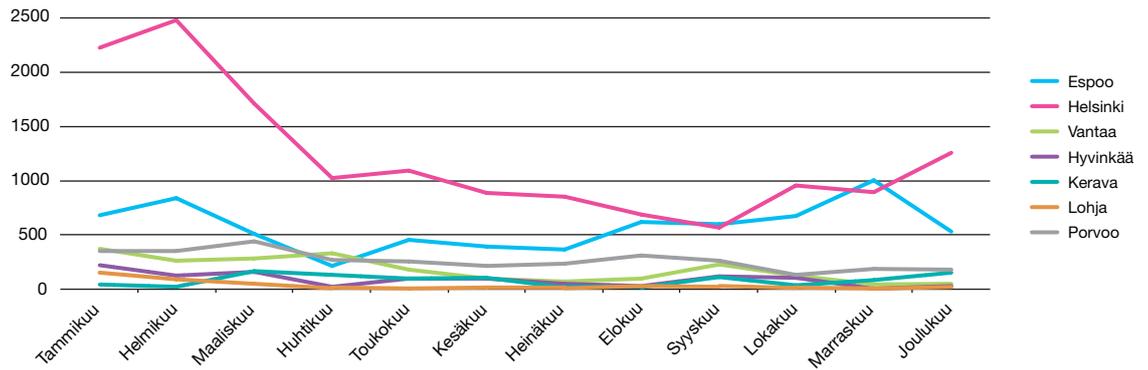
Hoito- ja palveluketjujen kehittämisessä on todettu useita ongelmia: eri työryhmien työn päällekkäisyys ja heikko koordinaatio, työryhmien käyttöön ei ole varattu riittävästi resursseja, työ on usein jäänyt kesken, koulutus ja perehdyttäminen hoitoketjujen käyttöön eivät ole olleet riittäviä, useiden sairaala- ja terveyskeskusorganisaatioiden johdon sitouttaminen hoito- ja palveluketjujen käyttöön on hidasta ja vaikeaa, yhteen sopimattomat tietojärjestelmät ja tietosuojaan liittyvät kysymykset vaikeuttavat tiedonsiirtoa sekä terveydenhuollon toimijoiden kesken että sosiaali- ja terveystoimen välillä. Keskeinen ongelma hoito- ja palveluketjuissa on kuitenkin ollut se, että niiden vieminen käytäntöön on ollut puutteellista.

Hoito- ja palveluketjujen toimivuudesta ja vaikuttavuudesta on niukasti tietoa, koska hoito- ja palveluketjuille on vain harvoissa tapauksissa määritelty mittareita ja vielä harvemmin niitä on käytetty järjestelmälliseen arviointiin. Asiantuntijahaastattelujen mukaan suurin hyöty hoitoketjujen kehittämistyöstä on ollut kommunikaation ja yhteisymmärryksen parantuminen HUS:n ja kuntien välillä. Esimerkiksi potilaan siirtokelpoisuudesta ei enää esiinny merkittäviä epäselvyyksiä. Tietotuotanto on yhtenäistynyt ja yhteisten mittarien luominen on käynnistynyt.

Yksi esimerkki toimivasta hoitoketjusta on lonkkamurtumapotilaan hoitoketju, ja erityisesti siitä edelleen Espoossa kehitetty sovellus ”lonkkaliukumäki”. Lonkkaliukumäen potilaat kotiutuvat paremmassa kunnossa, toimintakykyisempinä ja tyytyväisempinä kuin ennen. Lonkkaliukumäki on TPTK-asiakirjassa ainoa esimerkki parantuneesta hoitoketjun hallinnasta, eikä HUS:n ja Helsingin yhteisarvioinnissakaan havaittu muita hyvin arvioituja ja dokumentoituja esimerkkejä onnistuneista hoitoketjuista.

Toimitusjohtaja toteaa TPTK-asiakirjan katsauksessa, että erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen yhteisten palveluketjujen kehittäminen on HUS:n keskeinen tavoite. Valtuuston hyväksymän

23 Koskinen-Kivilahti S, Kähkönen L, Peltola P ym. HUS:n ja Helsingin kaupungin välisen hoito- ja palveluketjuyhteistyön arviointi. <http://intranet.hus.fi/Organisaatio/Itsenaiset-tulosalueet/Ulkoinen-valvonta/Documents/HUSn%20ja%20Helsingin%20kaupungin%20välisen%20hoito-%20ja%20palveluketjuyhteistyön%20arviointi.PDF>



Kuvio 12. HUS:n somaattisten erikoisalojen siirtoviivepäivien määrä kuukausittain (sisältäen karenssipäivät ja kunnilta laskutetut siirtoviivepäivät) niiden jäsenkuntien osalta, joissa siirtoviivepäiviä oli eniten vuonna 2012²⁶.

avaintavoitteen mukaisesti vuonna 2012 olisi pitänyt valita top ten -palveluketjut ja kuvata ne mittareineen yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa ekstranetissä. Valittuja palveluketjuja, niiden kuvauksia ja etenemistä ei ole raportoitu TPTK:ssa, mutta tästä huolimatta hallitus arvioi tavoitteen saavutetuksi.

Pääkaupunkiseudun kuntien ja HYKS-sairaanhoitoalueen yhteistyötä terveydenhuollon alueella pohdittiin pääkaupunkiseudun aiesopimukseen liittyneessä erikoissairaanhoito- ja perusterveydenhuollon integraatio-ryhmässä, jonka loppuraportti valmistui kesällä 2012²⁴. Työryhmä ehdotti, että entisten työryhmien tilalle perustettaisiin yhteistyöfoorumi edistämään hoito- ja palveluketjujen kehittämistä ja käytäntöön juurruttamista pääkaupunkiseudulla kansallisen suosituksen mukaisesti²⁵. Ehdotus ei kuitenkaan toteutunut vuoden 2012 kuluessa.

SUOSITUS: Hoito- ja palveluketjujen kehittäminen tulee keskittää, koordinoida ja arvioida järjestelmällisemmin. Lisäksi hoito- ja palveluketjuista tulee tiedottaa nykyistä laajemmin.

6.3 Keinoja siirtoviivepäivien vähentämiseksi

HUS:ssa otettiin käyttöön laskutettava siirtoviivehoitopäivätuote 1.7.11 alkaen pitkittyneiden hoitojen laskuttamiseksi. Vuonna 2012 siirtoviivepäiviä kertyi HUS:ssa yhteensä 36 430, joista (karenssipäivien jälkeen) laskutettavia siirtoviivepäiviä oli 11 341 (31 % kaikista). Laskutettavan siirtoviivehoitopäivän käyttöönotto ei ole oleellisesti vähentänyt siirtoviivepäiviä, mikä todetaan myös TPTK

2012:ssa. Edes karenssipäivien vähentäminen vuoden 2012 alusta lukien kolmesta kahteen somaattisilla erikoisaloilla ja 21:stä neljääntoista psykiatriassa ei ole vähentänyt kokonaissiirtoviivepäivien määrää. Kuviossa 12 on kuvattu kokonaissiirtoviivepäivien (sisältäen sekä karenssipäivät että laskutetut siirtoviivepäivät) määrä kuukausittain niiden seitsemän jäsenkunnan osalta, joissa siirtoviivepäiviä oli eniten vuonna 2012.

Vuonna 2012 siirtoviivepotilaat käyttivät HUS:ssa keskimäärin 100 sairaansijaa laskettuna 100 %:n kuorimituksella. Oikeaan hoitopaikkaan pääsyn viivästyminen vaikeuttaa kiireellisten potilaiden hoitoa, pitkittää siirtoa odottavien potilaiden jatkohoidon ja kuntoutuksen aloittamista ja heikentää potilaan ennustetta (mm. aivohalvauksen ja lonkkamurtumapotilailta). Kun monet rakennus- ja saneeraushankkeet vähentävät HUS:n (ja etenkin HYKS:n) käytettävissä olevaa sairaansijamäärää, HUS:n on pyrittävä vähentämään siirtoviiveistä johtuvaa tarpeetonta sairaansijojen käyttöä. HUS:ssa on Kuntaliiton vertailutietojen mukaan laskuttamattomia karenssipäiviä paljon ja siirtoviivemaksu pieni verrattuna muihin sairaanhoitopiireihin²⁷. Somaattisilla erikoisaloilla laskuttamattomat siirtoviivepäivät sisältyvät pääosin DRG-tuotehintoihin, mikä nostaa DRG-tuotteiden hintoja myös niille kunnille, jotka eivät kerrytä laskuttamattomia siirtoviivepäiviä. Helsingin osuus HYKS:n siirtoviivepäivistä vuonna 2012 oli 57,3 % (15 029 pv).

SUOSITUS: Siirtoviivepotilaiden laskutuksen karenssipäivien määrää pitäisi vähentää ja harkita siirtoviivepäivien hinnan korottamista.

Tarkastuslautakunnan arviointi hoito- ja palveluketjuista sekä siirtoviiveistä osoitti, että kuntoutusjärjestelmän heikkous ja epäselvä vastuunjako jäsenkuntien ja HUS:n

24 Hanke metropolialueen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi. Hanke-ryhmä 1: Perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoito- ja integraatio perustasoa vahvistaen. Loppuraportti 6.7.12.

25 Ketola E, Mäntyranta T, Mäkinen R ym. Hoitosuosituksista hoitoketjuiksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ce74/hoitoketjuopas_2006.pdf (viitattu 6.9.12)

26 Tieto saatu: suunnittelupäällikkö Wilenius M, 23.1.13.

27 Punnonen H. Siirtoviiveet ja siirtoviivemaksut vuonna 2011. Sairaalaviesti 3/2012.

välillä on yksi merkittävä siirtoviiveiden syy. Etenkään pienillä jäsenkunnilla ei ole mahdollisuuksia perustaa sellaisia kuntoutusyksiköitä, joissa olisi riittävän monipuolinen kuntoutustiimi, mutta myös isoissa kunnissa on ongelmia kuntoutukseen pääsyssä.

6.4 Lihavuuden hoito

Arvioiden mukaan suomalaisista 25–74-vuotiaista miehistä 70 %, ja naisista 57 %, on vähintään liikapainoisia (BMI > 25). Työikäisistä (18–64-vuotiaat) vähintään ylipainoisia on yli kaksi miljoonaa. Lihavuus liittyy useisiin pitkäaikaisairauksiin, koettuun elämänlaatuun sekä kuolleisuuteen.²⁸ Väestötasolla ylipainoon ja lihavuuteen liittyy monia eri tekijöitä, joissa on kyse ihmisen omien valintojen ja käyttäytymisen lisäksi perimästä, sosiaalisista suhteista ja -asemasta sekä ympäristöstä. Ylipaino-ongelmaa ei tämän vuoksi voida ratkaista yksin terveydenhuollon toimesta vaan kyse on myös laajemmista tekijöistä, jotka vaikuttavat yksilöiden valintojen taustalla; mm. markkinoiden ja median toiminta, yhdyskuntasuunnittelu, koulutus sekä hallinnon rajat ylittävän yhteistyön onnistuminen.²⁹

Lihavuuden ensisijainen hoitomuoto on konservatiivinen. Leikkaushoitoa harkitaan, jos kyseessä on vaikea tai sairaaloinen lihavuus, potilaalla on merkittävä lihavuuden oheissairaus ja kun perusterveydenhuollon toteuttama, vähintään puoli vuotta kestänyt, konservatiivinen hoito ei ole tuottanut tulosta.²⁸ Käkälän ja kumppaneiden³⁰ Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa tekemän tutkimuksen mukaan lihavuusleikkattujen potilaiden liitännäissairauksien hoito helpottui leikkauksen jälkeen, diabetes- ja verenpainelääkkeiden käyttö väheni ja potilaat kokivat elämänlaatussa parantuneen. Painonlasku ensimmäisenä vuonna leikkauksesta oli noin 25 % ja kolmen vuoden seurannassa noin 23 % lähtöpainosta. Haasteena todettiin olevan potilaiden jatkohoito ja pitkän aikavälin seuranta.

Suomessa lihavuusleikkauksia on tehty kansainvälisesti verraten vähän, mutta niiden määrä on lisääntymässä. HUS:ssa leikkauksia on tehty vuodesta 2007 lähtien ja tällä hetkellä leikkaustyyppinä on käytössä sekä vatsalaukun ohitus että vatsalaukun typistys. Vuosina 2010–12 toimenpide on tehty noin 200 potilaalle

28 Käypä hoito -suosituksen mukaan normaalipainon ylärajana pidetään BMI 25:tä, BMI > 30 merkitsee lihavuutta, > 35 vaikeaa lihavuutta ja 40 tai yli sairaalloista lihavuutta. Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010?hakusana=lihavuus> (viitattu 25.3.13)

29 Wilson M, Guindon E, Baskerville N, Gauvin FP. Evidence Brief: Promoting healthy weights using population-based interventions in Canada. http://www.mcmasterhealthforum.org/images/docs/promoting%20healthy%20weights%20using%20population-based%20interventions%20in%20canada_evidence-brief_2012-09-17.pdf (viitattu 25.3.13)

30 Käkälä P, Torpström J, Venesmaa S ym. Mahalaukun ohitus lihavuusleikkauksena: yhden keskuksen kymmenen vuoden kokemukset ja seurannan tulokset. *Duodecim* 2013;129:756–64.

Vuosi	Potilaat (lkm)	Keskimääräinen kustannus (€)	Kustannukset yhteensä (€)
2010	177	12 539	2 219 450
2011	221	12 965	2 878 290
2012	197	9 024	1 777 689

Lähde: Ecomed Analyzer, operatiivinen tulosyksikkö

Taulukko 1. HUS:ssa tehdyt lihavuusleikkaukset (DRG 288A, Liikalihavuuden hoito mahasuolikanavan leikkauksella) ja niiden kustannukset 2010–12.

vuosittain (taulukko 1). Vuonna 2015 leikkaustarpeen on arvioitu olevan noin 500–1000 leikkausta vuodessa³¹ ja tavoitteeksi on asetettu leikkausmäärien kaksinkertaistaminen tähän mennessä.³² Lihavuusleikkaukseen tulevat potilaat käyvät läpi sisätautilääkärin ja tarvittaessa psykiatrin arvion sekä ravitsemusterapeutin ohjauksen. Potilaiden tulee pysyvästi muuttaa elintapojaan ja he tarvitsevat elinikäisen seurannan perusterveydenhuollossa leikkauksen jälkeen.

Konservatiivisen hoidon saatavuus on todettu vähäiseksi ja strukturoimattomaksi HUS-alueen perusterveydenhuollossa samalla kun lihavuusleikkaukset ovat yleistymässä³³. HUS:n lihavuudenhoitoyksikön on tarkoitus käynnistää toimintansa kevään 2013 aikana medisiinisessä tulosyksikössä Jorvin sairaalassa yhdessä HUS:n pth:n yksikön terveyden edistämisen tiimin kanssa. Yksikön tavoitteena on parantaa konservatiivisen hoidon saatavuutta sekä saada aikaan yhteiset toimintamallit pth:n eri yksiköiden kesken. Käytännön työhön on osoitettu yksi erikoislääkärin virka³⁴. Vuoteen 2012 asti lihavuuden hoidon kehittämistä on koordinoitunut pth:n yksikkö, jonka toimesta vuonna 2012 mm. tarjottiin maksutonta painonhallintaryhmäohjaajakoulutusta 40:lle terveyden edistämisen ammattilaiselle.

SUOSITUS: Lihavuus on merkittävä kansanterveysongelma, johon HUS on tähän asti tarjonnut ratkaisuksi lähinnä lihavuusleikkauksia. Tarkastuslautakunta pitää tärkeänä, että lihavuuden konservatiivista hoitoa kehitetään ja että sen saatavuus perusterveydenhuollossa paranee. Samanaikaisesti tulee seurata lihavuuskirurgisten toimenpiteiden määrän kehitystä sekä hoidon tuloksia.

31 HYKS-sairaanhoitoalueen lautakunta, pöytäkirja 8.12.11.

32 Tieto saatu: osastonylilääkäri Leivonen M, 18.2.13

33 Pietiläinen K, Suojanen L, Sane T, Nieminen M. Lihavuuden hoidon nykytila perusterveydenhuollossa HUS-kuntayhtymän alueella. <http://extranet.hus.fi/Uutisten%20liitteet/Lihavuuden%20hoito%20HUS-piirissä%20loppuraportti%20netti%20110211.pdf> (viitattu 25.3.13)

34 Tieto saatu: ylilääkäri Sane T, 18.2.13.

7 VAIKUTTAVA JA KILPAILUKYKYINEN TOIMINTA

VALITTU PAINOPISTE/AVAINVAOITE	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
<p>1. Muu kuin jäsenkuntamyynä</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Muun kuin jäsenkuntamyynin rahallinen määrä (sairaanhoidolliset palvelut) <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 % suurempi kuin v. 2011 	<ul style="list-style-type: none"> Muun kuin jäsenkuntamyynin rahallinen määrä oli 127,2 M €, määrä kasvoi 8,0 % vuoteen 2011 verrattuna. <p>○ ○ ●</p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>
<p>2. Potilastytyväisyys</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Asiakastytyväisyystutkimuksen tulos <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Yli 70 % potilaista suosittelee HUS:a hoitopaikaksi 	<ul style="list-style-type: none"> Uutta menetelmää asiakastytyväisyyden mittaamiseen testattiin ja se otettiin käyttöön 59 eri yksikössä loppuvuodesta 2012. Laajamittaisesta käytöstä ei ole vielä tuloksia. TPTK:n tieto siitä, että 94 % potilaista suosittelisi HUS:a hoitopaikaksi, perustuu loppuvuodesta kuudesta toimintaympäristöstä saatuihin 374 vastaukseen. Joissakin toimintayksiköissä vastauksia oli vain muutama, joten tuloksista ei voi tehdä pitäviä johtopäätöksiä. <p>○ ● ○</p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>

Vaikutavuutta koskevia avaintavoitteita tai mittareita vuodelle 2012 ei ole asetettu (TPTK:n luku 4 ja sairaanhoitoalueita koskevat tuloskortit). Kehittämisyksikkö jatkoi vaikutavuuden seuraamista, ja vuonna 2012 hankkeeseen liittyviä teollisia artikkeleita on julkaistu tai lähetetty julkaistavaksi noin 20 kpl.

HUS oli v. 2012 mukana käynnistämässä eurooppalaista sairaalatason menetelmäarvioinnin AdHopHTA-hanketta³⁵, jonka tavoite on edistää terveydenhuollon menetelmäarviointia ja siten myös näyttää menetelmien vaikutavuudesta.

Valtuuston joulukuussa 2012 hyväksymässä esh:n järjestämissopimuksessa (HYKS erva) sovitaan menetelmien arvioinnista ja arviointiryhmän perustamisesta. Vuoden 2012 aikana luotiin malli, jonka mukaisesti kaikkien kustannusvaikutuksiltaan merkittävien uusien rutiinikäyttöön ehdotettavien th:n menetelmien käyttöönotto, kuten myös käytöstä poistettavat menetelmät, pitää perustella. Mini-HTA-lomakkeella³⁶ arvioidaan vaikut-

tavuuden lisäksi mm. menetelmän kustannuksia ja turvallisuutta. Vastaava ylilääkäri tai shp:n johtajaylilääkäri päättää, milloin menetelmästä tarvitaan arviointiryhmän kannanotto.

7.1 Asiakastytyväisyys ja potilaspalautteiden antaminen

Uusi sähköinen asiakastytyväisyyden ja potilaspalautteiden antamis- ja keräystapa otettiin käyttöön 59 eri yksikössä loppuvuodesta 2012. Uutta toimintatapaa testattiin kuukauden ajan kesä-heinäkuussa 12 vuodeosastolla ja 12 terveyskeskuslaboratoriossa. Kysely sisältää kaikille yksiköille yhteisiä kysymyksiä, mikä mahdollistaa toiminnan ja laadun vertailun. Myös kansallinen vertailu on mahdollista, sillä kyselyssä on viisi yhteistä kysymystä yo-shp:lle ja niiden tulokset tullaan julkaisemaan THL:n palveluvaakaverkkopalvelussa. Kysymykset käsittelevät hoitoon tuloa, tiedonsaantia, hoidon sujuvuutta ja turvallisuutta sekä hoitoympäristöä perustuen lainsäädäntöön ja tutkimuksiin sekä HUS:n strategiaan ja arvoihin. Kyselyyn vastaaminen on mahdollista sekä sähköisesti että paperilla.

Tehtyyn pilotin mukaan osastohoidossa olleet potilaat (N=220) ovat varsin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Testauksessa kokonaisarvio hoitojaksosta (saamani hoito/palvelu oli hyvää; 5 = täysin samaa mieltä) sai arvon 4,8.

35 AdHopHTA, <http://www.adhophta.eu/> (viitattu 20.4.13)

36 Ohtanen tietokanta. Mini-HTA sairaalapaalvelujen organisoiminnin ja päätöksen tukena. <http://mek.thl.fi/ohtanen/<<ViewReport.aspx?id=387&x=387> (viitattu 20.4.13)

Asioistani puhuttiin siten, etteivät ulkopuoliset kuulleet		
Täysin samaa mieltä		52 %
Osittain samaa mieltä		27 %
Ei samaa eikä eri mieltä		6 %
Osittain eri mieltä		8 %
Täysin eri mieltä		7 %
Ei koske minua		3 %
Keskiarvo	4,08	

Asteikko: täysin samaa mieltä = 5, täysin eri mieltä = 1

Taulukko 2. Asiakastytyväisyysskysely (pilotti) HUS:n vuodeosastopotilaille vuonna 2012. Lähde HUS intranet.

Parhaimman arvosanan (4,85) sai tiedon saanti omalla äidinkielellä (suomi tai ruotsi) ja alhaisimman arvon (4,08) sai alla olevassa taulukossa 2³⁷ esitetty potilaiden arvio siitä, puhuttiinko heidän asioistaan siten, etteivät muut kuulleet. 52 % oli sitä mieltä, että heidän asioistaan puhuttiin siten, etteivät ulkopuoliset kuulleet.

Asiakastytyväisyyttä voidaan arvioida myös potilasasiamiehille tehtyjen yhteydenottojen perusteella³⁸.

37 HUS intranet. Tulossa uusi tapa antaa ja kerätä potilaspalautetta. <http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,205154,205167,205168,295600,294037> (viitattu 28.1.13)

38 Potilasasiamiesten toiminnasta raportoidaan sairaanhoitoalueittain vuodesta 2012 alkaen. Lisäksi potilasasiamiehelle tehdyt yhteydenotot tilastoidaan sekä sairaanhoitoalueittain että HUS-tasolla. Tieto saatu: potilasasiamies Väisänen-Sotka M, 2.4.13.

Vuonna 2012 yhteydenottoja oli 5576 ja niistä 4602 koski HUS:n sairaanhoitoalueita³⁹. Yhteydenottojen määrä on HUS-tasolla vähentynyt viime vuosina.

Tavallisimmat potilasasiamiehen yhteydenottojen syyt ovat olleet tyytymättömyys hoitoon tai hoitotulokseen, epäily hoitovirheestä tai kokemus epäasiallisesta kohtelusta. Hoitoon pääsyyn liittyvät yhteydenotot ovat koskeneet tavallisimmin hoidon odotusaikoja, erikoissairaanhoidon pääsyn perusteita sekä hoitoa, tutkimusta tai kuntoutusta koskevaa suunnitelmaa. Vuonna 2012 noin puolet yhteydenotoista liittyi hoidon laadussa ja kohtelussa koettuihin ongelmiin, 13 % koski hoitoon pääsyä ja tiedonsaantia, ja 5 % itsemääräämisoikeutta. Potilasasiamiehet saavat myös huomattavan määrän HUS:n toimintaa koskevaa positiivista palautetta. Vuonna 2012 kiitosten osuus kaikista yhteydenotoista oli noin 9 %.

Sairaanhoitoalueiden välillä on eroja siinä, mistä syystä potilasasiamiehiin otetaan yhteyttä. Vuonna 2012 Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella hoidon laatuun ja kohteluun liittyvien yhteydenottojen osuus oli suurempi (72 %) kuin muilla sairaanhoitoalueilla. Vastaavasti Hyvinkään sairaanhoitoalueella otettiin suhteellisesti useammin yhteyttä hoitoon pääsyyn (18 %), tiedonsaantiin (23 %) ja itsemääräämisoikeuteen (18 %) liittyvissä kysymyksissä.

Yhteydenottojen määrä suhteessa hoidettujen potilaiden määrään oli suurin Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueilla. Taulukossa 3 on esitetty niiden yhteydenottojen määrä, jotka koskivat tyytymättömyyttä hoitoon tai hoitotulokseen ja hoitovirhe-epäilyjä, sekä hoidettujen potilaiden määrä yhtä yhteydenottoa kohden. Yhteydenottojen määrän tarkastelu suhteessa potilasmääriin on vain suuntaa antava, koska yhteydenotot tilastoidaan

39 Tieto saatu: potilasasiamies Väisänen-Sotka M, 14.4.13.

Yhteydenoton sisältö:	HYKS**	Hyvinkää**	Lohja**	Länsi-Uusimaa**	Porvoo**
Tyytymättömyys hoitoon/ hoitotulokseen	731 (804)	212 (202)	32 (55)	28 (39)	56 (32)
Hoidettuja potilaita*/ yhteydenotto	517 (468)	221 (233)	926 (534)	585 (412)	458 (788)
Hoitovirhe-epäily	623 (799)	173 (157)	63 (79)	12 (13)	75 (52)
Hoidettuja potilaita*/ yhteydenotto	606 (470)	270 (300)	470 (371)	1366 (1236)	342 (485)

* = erikoissairaanhoidossa hoidetut eri henkilöt

**= suluissa vuosi 2011

Taulukko 3. Potilasasiamiehelle tehtyjen yhteydenottojen määrä sairaanhoitoalueittain vuonna 2012.

asiakohtaisesti. Henkilö on siten saattanut olla yhteydessä potilasasiamieheen useammin kuin kerran saman asian takia tai yksi yhteydenotto on voinut käsittää useita eri asiasisältöjä. Potilasasiamiesten tehtävänä on neuvoa potilaita, eikä potilaan lopullinen päätös siitä, mihin toimenpiteisiin hän asiassaan ryhtyy, aina tule potilasasiamiehen tietoon. Tämän vuoksi potilasasiamiesten raportit eivät sisällä yksityiskohtaista tietoa siitä, mihin yhteydenotot ovat johtaneet.

7.2 Kirurgian tuottavuuserot sairaaloiden välillä ja tuottavuus HUS:n operatiivisessa tulosyksikössä

Sairaaloiden väliset tuottavuuserot johtuvat pääasiassa erilaisista toimintamalleista⁴⁰. Erilaisen potilasaineiksen merkitys on pienempi. Vuodeosastotoiminnalla (erityisesti hoitajaksojen kestolla) on suuri merkitys tuottavuuteen. Kuntoutus, kotiuttaminen ja leikkausyksiköiden aikataulutus ja toimintatavat vaikuttavat myös tuottavuuteen.

HYKS:n operatiivisen tulosyksikön tuottavuutta arvioitiin⁴¹ DRG-aineistojen perusteella ja verrattiin muihin yliopistosairaaloihin tulosyksikön oman aineiston ja lisätyöleikkausten kustannustehokkuuden perusteella. Raportissa arvioitiin myös lisätyöleikkausten kustannustehokkuutta. Raportin keskeisimmät havainnot olivat seuraavat:

- Palveluille tyypillistä negatiivista tuottavuuskehitystä on saatu hillittyä 2008–11.
- Leikkausyksiköiden tuottavuus on pysynyt lähes muuttumattomana, ja vuodeosastojen ja poliklinikoiden tuottavuus on parantunut.
- Saliiaika on kasvanut selvästi leikkausmääriä nopeammin.
- Lisätyöleikkausten osuus on vain noin 5 % toimenpiteistä ja 2–3 % saliajasta.

Kaihi- ja rintakirurgiassa lisätöiden suorat henkilökustannukset ovat yli kaksinkertaiset verrattuna virkatyöhön. Sekä keskihermon vapautus -toimenpiteissä että tekonivelkirurgiassa lisätyön henkilökustannukset ovat korkeammat kuin virkatyönä tehtynä. Lisätyöt ovat kustannustehokas vaihtoehto polven nivelkierukkaleikkauksissa silloin, kun lisätyö tehdään arkena/virka-aikana⁴¹.

Tuottavuuden parantaminen jatkossa edellyttää eri yksiköiden välisen resursoinnin ja toimintatapojen analysointia ja parhaiden mallien käyttöönottoa koko HUS-alueella. Keskiössä tulee olla hoitoketjujen kehittäminen siten, että jatkohoito järjestyy saumattomasti ja siirtoviiveet vähenevät. Kannustinmalleja on pyritty kehittämään, mutta niissä ei ole toistaiseksi onnistuttu.

SUOSITUS: Lisätöiden kohdistaminen toimenpiteisiin ja ajankohtiin, joissa ne ovat kustannustehokkaita, tulee varmistaa. Myös muita vaihtoehtoja kuin lisätyömalli tulee kehittää kannustimeksi, jotta virka-aikana tehtyä tuotantoa saadaan lisättyä.

40 Torckki P. Käypä prosessi – Mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/5147/isbn9789526047348.pdf?sequence=1> (viitattu 19.4.13)

41 Operatiivisen tulosyksikön johtoryhmä 25.9.12, HYKS – operatiivisen toimialueen tuottavuus: Nordic Healthcare Group. <http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,179965,179986,179470,286375,299645> (viitattu 14.1.13)

8 OSAAVA JA MOTIVOITUNUT HENKILÖSTÖ

VALITTU PAINOPISTE/AVAINVAOITE 2012	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
<p>Henkilöstön riittävyys ja rekrytointi</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Työnantajan suositteleminen, %-osuus (työolobarometri) <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> yli 75 % henkilöstöstä suosittelee HUS:ia työnantajana 	<ul style="list-style-type: none"> Työnantajaa oli valmis suosittelemaan 85 % työolobarometrin vastaajista <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>
<p>Vuorovaikutteinen johtaminen</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Esimiesindeksi (työolobarometri) <p>Tavoitearvo 2012</p> <p>3,8</p>	<ul style="list-style-type: none"> Esimiesindeksi 3,7. Tulos parani hieman edellisvuodesta. <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p> <p>Kehitettävää todettiin mm:</p> <ul style="list-style-type: none"> palvelusuhdeasuntojen tarjonnassa, joka ei lisääntynyt strategian mukaisesti kehityskeskustelujen käyntiasteessa ja kohdentamisessa henkilöstön pätevyyden tarkistamiseen liittyvissä virallisissa ohjeistuksissa, jotka annettiin vasta joulukuussa 2012 intranetin käyttäjälähtöisyydessä

Vuonna 2012 HUS:n henkilöstöön liittyviä strategisia painopistealueita olivat henkilöstön riittävyys ja rekrytointi sekä vuorovaikutteinen johtaminen. Tarkastuslautakunta on arvioinut avaintavoitteiden saavuttamisen lisäksi henkilöstön pätevyyden tarkistamisesta annettuja ohjeita, palvelusuhdeasuntojen saatavuutta, henkilöstökyselyiden laatua sekä HUS:n sisäistä viestintää.

8.1 Henkilöstörakenne ja henkilöstön rekrytointi

HUS:ssa työskenteli vuoden 2012 lopussa 21 738 henkilöä ja henkilötövuosia tehtiin 17 340. Sekä henkilökunnan määrä, henkilötövuodet että henkilötövuoden hinta kasvoivat edellisiin vuosiin verrattuna. Palkkakustannukset kasvoivat noin 5,4 % edellisvuodesta ja palkkaliukuma, eli työehtosopimusten ja todellisten palkkakustannusten ero, kasvoi vuoden 2011 noin yhdestä prosentista 1,8 prosenttiin.

Vakituisen henkilöstön osuus HUS:ssa vuonna 2012 laski 78,5 %:iin ja määräaikaisten työntekijöiden määrä kasvoi. Vaikka sijaisten käyttö väheni hieman edellisvuoden verrattuna, lyhytaikaisten sijaisten käyttö lisääntyi ja määräaikaista työvoimaa käytettiin edellisvuotta enem-

män avointen tehtävien hoitamiseen (kuviot 13). Lyhytaikaisten sijaisten palkkakulut kasvoivat kaikilla sairaanhoitoalueilla sekä suurimmassa osassa tukipalveluyksiköitä. Vuoteen 2011 verrattuna lyhytaikaisten sijaisten palkkakustannukset kasvoivat noin 3,2 miljoonaa euroa. HUS -tason tavoite vakituisen henkilökunnan osuuden kasvattamisesta toteutui paremmin tukipalveluyksiköissä kuin sairaanhoitoalueilla.

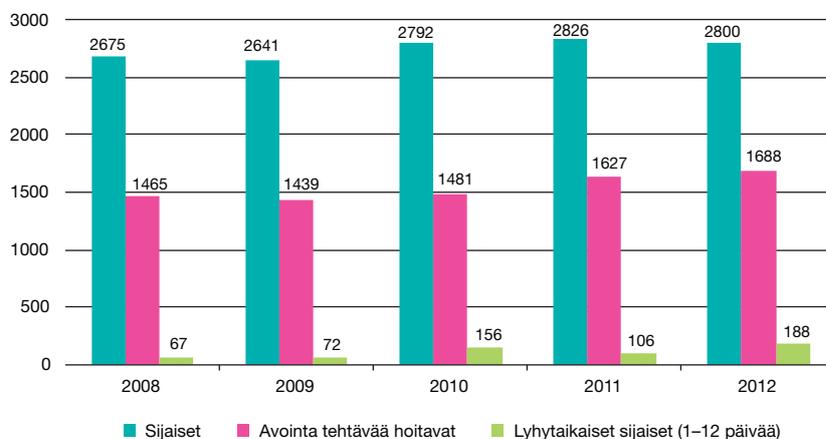
Sisäisten sijaisten (ns. sissi) määrän lisääminen on nähty keinona kasvattaa vakituisen henkilöstön määrää ja vähentää vuokratyövoiman käyttöä. Vuonna 2012 tarkistettiin sissi-mitoituksen ja käytön periaatteita hallituksen aikaisemman päätöksen perusteella⁴². Tavoitteena oli lisätä sissi-vakansseja 185 kappaleella. Tavoite ei toteutunut. Sissijärjestelmän arviointi on vaikeaa, koska vakanssien todellinen määrä ei ole tiedossa kirjaamiskäytäntöjen erojen vuoksi ja koska sissi-vakansseja käytetään myös lisäämään yksiköiden henkilöstömitoitusta⁴³.

Tiukentuneen taloustilanteen johdosta HUS:n hallitus linjasi 16.04.12⁴⁴ talousarviossa pysymisen keinoiksi

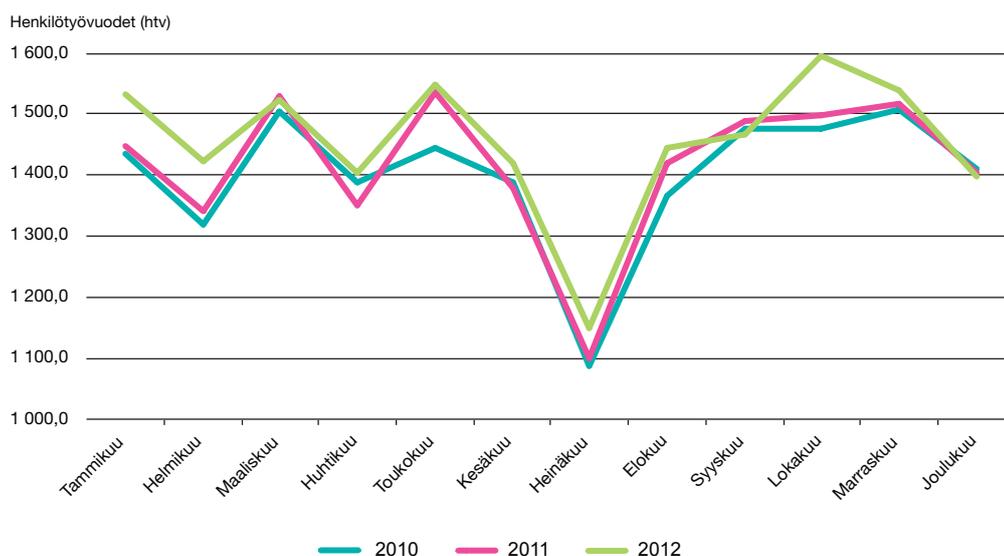
42 Hallituksen pöytäkirja 21.11.11, pysyväisohje 7/2012

43 Tieto saatu: henkilöstöresurssipäällikkö Keijonen P, 1.3.13.

44 Hallituksen pöytäkirja 16.4.12



Kuvio 13. Määräaikaiset työntekijät (lkm) 2008–12 (HUS yhteensä, tilanne vuoden lopussa).
Lähde: HUS Henkilöstökertomus 2012.



Kuvio 14. Henkilötyövuodet kuukausittain 2010–12⁴⁵.

mm. henkilöstön määrän kasvun pysäyttämisen, sijaisten käytön vähentämisen sekä loma-ajan elektiivisen toiminnan edellisuosia laajemman supistamisen. Henkilötyövuosien määrän ja HUS:n kokonaislaskutuksen tarkastelu kuukausittain kuitenkin osoittavat, ettei näiden määrissä tapahtunut kesällä 2012 merkittävää muutosta edellisiin vuosiin verrattuna. Kesällä tehtiin hieman enemmän henkilötyövuosia kuin aikaisempina vuosina (kuvio 14) ja esimerkiksi heinäkuussa henkilötyövuosien määrä kasvoi lähes 50:llä edellisen vuoden vastaavaan

ajankohtaan verrattuna. Toiminnan volyyymiä kuvaavan kokonaislaskutuksen osuus koko vuoden laskutuksesta pysyi heinäkuussa (6,2 %) samalla tasolla aikaisempiin vuosiin verrattuna ja heinäkuun osuus (6,6 %) koko vuoden henkilötyövuosista lisääntyi hieman verrattuna edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan⁴⁵. Toiminnan supistaminen ja sijaisten vähentäminen ei onnistunut kesällä 2012 hallituksen linjauksen mukaisesti.

45 HUS-ToTal, henkilöstökuutio (viitattu 9.4.13).

8.2 Vuokratyövoiman käyttö

Vuokratyövoiman käyttö lisääntyi hieman vuonna 2012. Vuokratyövoiman kustannukset olivat yhteensä 14,4 miljoonaa euroa ja ne ylittivät talousarvion 1,7 miljoonalla eurolla. Vuokratyövoimaa käytettiin erityisesti työterveyshuollossa sekä psykiatrian ja radiologian erikoisaloilla, joissa erikoislääkäripula selittää käyttöä. Lisäksi sanelu-järjestelmän muuttuminen aiheutti HUS-Servisissä ruuhkaa, joka purettiin käyttämällä vuokratyövoimaa. Vuokratyövoiman käytöstä ei raportoida henkilötövuosina eri henkilöstöryhmien osalta.

SUOSITUS: HUS:n tulisi raportoida vuokratyövoiman käytöstä henkilötövuosina henkilöstöryhmittäin sekä henkilötövuoden hinta henkilöstöryhmittäin, jotta vuokratyövoiman ja oman henkilöstön kustannuksia henkilötövuotta kohti voitaisiin verrata.

8.3 Rekrytinnin kehittäminen

HUS:ssa on luotu rekrytointi- ja laillistusmalli EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulevien sairaanhoitajien rekrytoimiseksi Suomeen⁴⁶. Toimintamalli auttaa ymmärtämään ulkomailta rekrytointiin liittyviä kysymyksiä ja sitä on mahdollista hyödyntää myös HUS:n ulkopuolella. Tarkastuslautakunta pitää tärkeänä, että rekrytointisuunnitelmissa huomioidaan myös Suomessa jo asuvat henkilöt, jotka ovat saaneet terveydenhuoltoalan koulutuksen ulkomailta, Suomessa terveydenhuoltoalaa opiskelevat ulkomaalaiset sekä muilla aloilla työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset. Myös nämä ryhmät muodostavat merkittävän henkilöstöresurssin⁴⁷.

Vuonna 2012 havaittiin puutteita terveydenhuoltohenkilöstön pätevyyksissä ja niiden tarkastamismenettelyissä. Neljän vailla muodollista pätevyyttä työskentelevän sairaanhoitajan työsuhte irtisanottiin syyskuussa 2012. HUS:n ohjeita tutkintojen tarkistamisesta tarkennettiin joulukuussa intranetissä.

SUOSITUS: Tarkastuslautakunta edellyttää, että HUS:ssa on tutkintojen tarkistamista ja kirjaamista varten yhtenäiset käytännöt. Tarkastuslautakunta esittää, että myös HUS:n virallisia pysyväisohjeita täydenne-tään henkilöstön pätevyyden tarkistamisen osalta.

46 Tuokko A, Mäenpää P, Nivalainen J. HYKS-sairaanhoitoalueella operatiivisessa tulosyksikössä toteutettu kehityshanke sairaanhoitajien rekrytoimiseksi ulkomailta. Loppuraportti. HUS ja Opteam Yhtiöt Oy. Helsinki 2013.

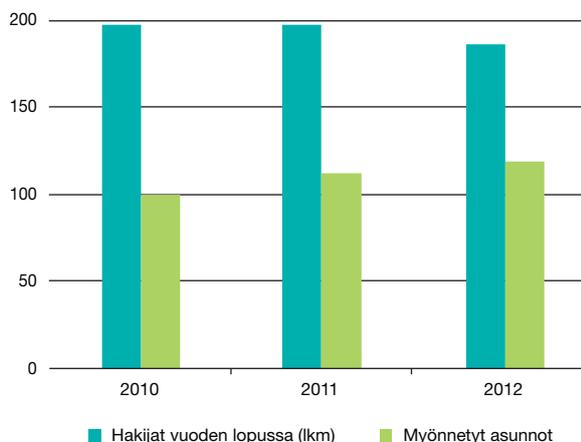
47 Ailasmaa R. Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2009. THL Tilastoraportteja 6/2012.

Asuntojen saatavuus ja hinta ovat keskeisiä henkilöstön rekrytointiin liittyviä tekijöitä erityisesti pääkaupunkiseudulla. Asunnon järjestymisellä on merkitystä etenkin silloin, kun työntekijä tulee ensimmäiseen työpaikkaan tai sijaisuuteen. HUS:n on vaikea lisätä kohtuuhintaisten asuntojen tarjontaa nykyisellä markkinaehtoisella menettelyllä. HUS on strategiassaan (kohta 5.10) asettanut tavoitteeksi työsuhteasuntojen tarjonnan lisäämisen helpottaakseen työvoiman saatavuutta. HUS:n työsuhteasuntoja koskevat linjaukset on määritelty vuoteen 2015 ulottuvassa asuntopoliittisessa ohjelmassa. Palvelussuhteasuntoja on useilla paikkakunnilla ja niiden käyttöaste on ollut korkea. Asuntohakemuksen on jättänyt vuosittain noin 500 henkilöä ja asunto on myönnetty hieman yli sadalle henkilölle vuosittain (kuviokuva 15). Erityisesti Helsingin alueella asunnoista on ollut pulaa. Palvelussuhteasuntojen saatavuus on parantunut vain hieman eikä HUS ole laatinut suunnitelmia niiden tarjonnan lisäämiseksi lukuun ottamatta vuokrasopimusten muuttamista määräaikaisiksi.

SUOSITUS: HUS:n tulisi yhdessä pääkaupunkiseudun kuntien ja muiden toimijoiden (esimerkiksi HOAS:n) kanssa selvittää mahdollisuutta asuntojen omaan rakennuttamiseen, hyödyntäen HUS-Kiinteistöjen osaamista ja kokemusta.

8.4 Vuorovaikutteinen johtaminen

HUS:n strategiassa vuorovaikutteinen, reilu ja selkeä johtaminen nähdään tärkeänä työhyvinvoinnin ja tuot-



Kuvio 15. Asuntoa hakeneiden henkilöiden ja myönnettyjen asuntojen määrä vuoden lopussa 2010–12.^{48, 49}

48 Tieto saatu: asuntopalvelupäällikkö Strengell M, 18.2.13.

49 HUS-Kiinteistöt Oy Vuosikertomus 2010 ja 2011

tavuuden osatekijänä. Keskeinen vuorovaikutteisen johtamisen väline HUS:ssa on vuosittain käytävät kehityskeskustelut. Vuonna 2012 päivitettiin kehityskeskusteluohjeita ja kehitettiin ryhmäkehityskeskusteluja. Kehityskeskustelujen toteutumista onnistuttiin selvästi edistämään lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden osalta, mutta kokonaisuudessaan kehityskeskusteluiden käyntiaste jäi edelleen tavoitteesta. Huonoiten kehityskeskustelut toteutuivat erikoistuvien lääkäreiden ja alle vuoden palveluksessa olleiden työntekijöiden osalta. Työolobarometrin tulosten mukaan nämä työntekijäryhmät kuitenkin kokivat hyötyvänsä eniten kehityskeskusteluista.

SUOSITUS: HUS:ssa tulee kiinnittää huomiota kehityskeskusteluiden tasapuoliseen toteutumiseen työuransa eri vaiheissa olevien työntekijöiden osalta. Kehityskeskustelut ovat hyvä väline tukea ammatillista kehittymistä ja antaa palautetta erityisesti työuransa alussa olevien ja uusien työntekijöiden kohdalla.

HUS:ssa henkilöstön työhyvinvointia seurataan vuosittaisella työolobarometrillä (TOB, vastausprosentti vuonna 2012 oli 68,4) sekä kaksi kertaa vuodessa toteutettavilla perehdytys- ja lähtökyselyillä. Työolobarometri on keskeinen väline HUS:n henkilöstöä koskevien strategisten tavoitteiden seurannassa ja sen tulosten perusteella arvotaan vuosittain 1500 ja 4000 euron arvoisia kannustepalkintoja. Vuoden 2012 TOB-kyselyssä osa kysymyksistä viittaa useaan eri asiaan, osa kysymyksistä on epätarkkoja, eivätkä kaikki kysymykset kuvaa sitä työhyvinvoinnin osa-alueita, johon se on yhdistetty. Kannustinpalkintojen jakamisperusteet saattavat suosia pieniä yksiköitä ja ohjata vastauksia todellisuutta positiivisempaan suuntaan. Vuonna 2012 palkitsemisperusteina olivat kehityskeskusteluiden käyntiaste ja koettu hyöty, perehdyttäminen sekä työpaikkahäirintä. Lisäksi työolobarometri-kyselyssä tulisi huomioida työsuhteen laatu ja tarkastella työhyvinvointia suhteessa työn määräaikaosuuteen ja pysyvyyteen. On todettu, että työn epävarmuudella on monenlaisia negatiivisia vaikutuksia

työntekijään⁵⁰. Esimerkiksi mahdollisuus vaikuttaa työtehtäviin, työjärjestelyihin sekä mahdollisuus tulla kuuluksi työyhteisössä saattavat olla heikompia määräaikaosilla työntekijöillä. Vakituiset työntekijät taas voivat kokea työn kuormittavampana kuin määräaikaosaiset.

SUOSITUS: HUS:ssa tulee varmistaa, että henkilöstökyselyt tuottavat luotettavaa tietoa. Lisäksi tulee kriittisesti arvioida työolobarometriin liittyvien kannustepalkkioiden jakamisen periaatteita.

Johtamisen vuorovaikutteisuutta voidaan tarkastella myös suhteessa organisaation viestintään. HUS:ssa tärkein sisäisen viestinnän väline on intranet, jonka uudistamistyö alkoi vuonna 2009⁵¹. Vuonna 2012 käytössä oli järjestelmän kaksi eri versiota, minkä lisäksi henkilöstöhallintoon liittyvistä asioista viestitään HUSPlus-järjestelmän välityksellä. Tuloksiköt vastaavat itse tietojen päivityksestä ja käytännöt vaihtelevat sen suhteen kumpaa intranetin versiota hyödynnetään. Intranetin eri versiot ja HUSPlus-järjestelmä sisältävät osin päällekkäistä ja osin vanhentunutta tietoa, mikä vaikeuttaa tarpeellisen tiedon löytymistä. Vuonna 2012 tapahtui myös positiivista kehitystä järjestelmien kehittämisessä. HUSPlus-järjestelmään tuotiin muun muassa Valviran tunnistetieto niiden työntekijöiden osalta, jotka työskentelevät laillistamista edellyttävässä tehtävässä. Lisäksi kehitettiin esimiehille tarkoitettuja henkilöstöhallinnon raportteja.

SUOSITUS: Intranetin käyttäjälähtöisyyttä tulee parantaa huolehtimalla sisällön ajantasaisuudesta ja löydettävyydestä. Järjestelmien päällekkäisyyttä tulee purkaa tiedon tehokkaan välittämisen ja hyödyntämisen edistämiseksi.

50 Heponiemi T, Sinervo T, Elovainio M. Työn epävarmuus ja hyvinvointi. Psykososiaalisten ja yksilöllisten resurssien vaikutukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden päätöksissä. THL, raportti 65/2011.

51 Intranet-sivustojen uudistaminen liittyi ns. Triplanet-hankkeseen, jonka tavoitteena oli uudistaa HUS:n ulkoiset ja sisäiset verkkosivut ja laatia HUS:lle ja omistajakunnille yhteiset ekstranet-sivut.

9 HALLITTU JA TASAPAINOINEN TALOUS

VALITTU PAINOPISTE/AVAINVAOITE	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
<p>Tuottavuuden parantaminen</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Somaattinen palvelutuotanto DRG-painotettu tuotanto/reaalikustannukset (DRG pisteen deflatoitu kustannus). Psykiatrisen toiminnan tuottavuusmittari määritellään ja otetaan käyttöön vuoden 2012 aikana siten, että talousarvioon 2013 voidaan asettaa mittarille tavoitearvo. Tukipalvelut (liikelaitokset, tulosalueet, taseyksiköt ja tytäryhtiöt) jokaisella oma yksilöllinen tuottavuusmittari tukipalveluyksikkötasolla sekä palvelukokonaisuuksittain. THL:n kansallinen tuottavuusvertailu. <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Kokonaistasolla (kuntayhtymä ja konserni) tuottavuuden parannus vähintään 1,5 % 	<ul style="list-style-type: none"> DRG-pistekustannus (deflatoitu) laski 0,9 % vuodesta 2011. 1,5 % tuottavuustavoitetta ei saavutettu. Henkilötyövuoden tuottavuus heikentyi 0,4 %. Psykiatrian tuottavuusmittarin määrittelytyö käynnistyi v. 2012. Mittarin pilotointi siirtyi seuraavaan vuoteen, eikä mittarille voitu asettaa tavoitearvoa vuodelle 2013. 7 liikelaitoksesta viisi saavutti tuottavuustavoitteensa. 5 sairaanhoitoalueesta vain Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue saavutti tavoitteensa. <p>● ○ ○</p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p> <p>THL:n vuoden 2011 aineistoon perustuvassa tuottavuuden vertailussa⁵² HUS sijoittui seuraavasti:</p> <ul style="list-style-type: none"> HYKS:n tuottavuuskehitys oli yo-sairaaloiden paras vuosina 2007–11, ja se sijoittui v. 2011 tuottavuusvertailussa kolmanneksi KYS:n ja OYS:n jälkeen Hyvinkään sairaalan tuottavuuskehitys oli kolmanneksi paras keskussairaaloiden ryhmässä, ja se sijoittui v. 2011 keskussairaalar ryhmän kärkeen yhdessä Pohjois-Karjalan keskussairaalan kanssa. Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaaloiden tuottavuuskehitys oli vv. 2007–11 keskitasoa parempi muiden sairaaloiden ryhmässä, ja Porvoon sairaalan tuottavuus vastasi vuonna 2011 ryhmän keskitasoa (Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaalan jäädessä hieman sen alle). <p>52 Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2011. THL:n tilastoraportti 2/2013.</p>

HUS:n sairaalakustannusindeksillä deflatoitu jäsenkuntalaskutus (euroa/asukas) on viime vuosina hieman laskenut, kun taas kaikkien muiden sairaanhoitopiirien yhteenlaskettu jäsenkuntalaskutus asukasta kohti on jatkanut nousuaan (ks. kansikuvio)⁵³.

Sairaaloiden tuottavuus vaikuttaa oleellisesti siihen, paljonko erikoissairaanhoidon kustannukset ovat asukasta kohti eri sairaanhoitopiireissä tai HUS:n sairaanhoitoalueilla. Tuottavuuden lisäksi asukaskohtaisiin kustannuksiin vaikuttavat väestön ikä- ja sukupuolirakenne. HUS:n alueen väestön ikärakenne on varsin edullinen

verrattuna useimpiin muihin sairaanhoitopiireihin. Kun otetaan huomioon väestön ikä- ja sukupuolirakenne (eli lasketaan ikä- ja sukupuolivakioituiden somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti) olivat kustannukset THL:n raportin⁴⁶ mukaan v. 2011 Hyvinkään sha:lla 8 % ja Hyksin sha:lla 5 % alle maan keskitason. Muilla sairaanhoitoalueilla ikä- ja sukupuolivakioituiden kustannukset vastasivat maan keskitasoa.

Kolmas merkittävästi asukaskohtaisiin kustannuksiin vaikuttava tekijä (sairaaloiden tuottavuuden ja väestön ikärakenteen lisäksi) on väestön sairastavuus. Jos otetaan vielä huomioon että HUS:n väestö on THL:n sairastavuusindeksien⁵⁴ mukaan terveempää kuin missään muussa Manner-Suomen sairaanhoitopiirissä (HUS:n väestön ikävakioitu sairastavuusindeksi on 15,5 % alle

53 Kansikuviossa jäsenkuntalaskutus (myyntituotot jäsenkunnilta) on deflatoitu v. 2012 tasoon sairaalakustannusindeksillä (Tilastokeskus 9.4.13). Muut sh-piirit ei sisällä Ahvenanmaan maakuntaa. 1.1.10 Loviisaaan liittyivät Liljendal ja Pernaja sekä Kymenlaakson sairaanhoitopiiristä Ruotsinpyhtää ilman Haaviston ja Vastilan alueita. Lähteet: Kuntaliiton vuosittaiset sairaalatilastot, tilastokeskuksen väestötiedot 31.12. ja Jorma Lauharanta, HYKS 17.4.13.

54 THL:n sairastavuusindeksi: ikävakioitu: 2008–10. <http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/atlas/shp/atlas.html?select=01&indicator=i0> (viitattu 19.4.13)

maan keskitason), on johtopäätös että HUS:n väestön erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti (tarve huomioiden) eivät ole yhtä edulliset kuin mitä tavanomainen €/asukas vertailu osoittaa. Toinen johtopäätös tästä on se, että HUS:n tuottavuutta on vielä mahdollista parantaa ja edelleen vähentää erikoissairaanhoidon reaalkustannuksia/asukas. Tarvevakioidut terveyden- ja vanhustenhuollon menot asukasta kohti olivat korkeimmat THL:n tutkimuksen⁵⁵ mukaan (viimeiset luvut vuodelta 2010) HUS:n ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä.

Vaikka tuottavuuden jatkuva parantaminen on HUS:n keskeisiä tavoitteita, tilinpäätös- ja toimintakertomuksessa ei kunnolla analysoida syitä, jotka johtivat vuonna 2012 edellisiä vuosia hitaampaan tuottavuuden paraneamiseen (tai sitä miksi Länsi-Uudenmaan henkilötuottavuus parani vuodessa 10,8 %). Olisi hyödyllistä analysoida mm. kuinka paljon erilaiset rakennus-, saneeraus- ja väistöhankkeet, samoin kuin Uranus 2 -potilastietojärjestelmän käyttöönotto ja digisanelujärjestelmän ongelmat vähensivät kliinistä palvelutuotantoa.

Myös palvelujen kustannuslaskenta ja hinnoittelu kaipaavat kriittistä analysointia. Valtuusto hyväksyi 15.6.11 vuoden 2012 tuotteistus- ja hinnoitteluperiaatteet. Päätöksen mukaan tuotteistuksessa käytetään samoja periaatteita HUS:n kaikissa yksiköissä, ja tuotteistus määrittelyä tarkemmin ”Suoritekäsikirjassa”. Tarkastuslautakunta on havainnut, että saman DRG-tuotteen hinta voi vaihdella suuresti sairaanhoitoalueiden välillä (taulukko 4).

DRG-tuotteiden hinnoittelu pitäisi analysoida läpinäkyvästi. Jos analyysin tulos osoittaisi, että osa yksiköistä

pystyy tuottamaan palvelun huomattavan edullisesti (laadusta tinkimättä), niiden käytännöistä pitäisi ottaa oppia muuallakin.

Vuoden 2011 TPTK:n mukaan 22,0 % kaikista potilaisista aiheutti 80 % kokonaiskustannuksista, ja vuonna 2010 vastaava luku oli 22,84 %. Kun vuoden 2012 TPTK:n mukaan 16,4 % hoidetuista potilaista aiheutti 80 % kokonaiskustannuksista, muutos on varsin suuri ja sen syitä pitää analysoida perusteellisesti.

Tavoite hallitusta ja tasapainoisesta taloudesta ei toteutunut vuonna 2012. Toiminnallinen tulos muodostui 21,6 milj. euroa alijäämäiseksi. Toimintavuoden jo päättyttyä ilmeni, että vuoteen 2012 kohdistuvan lomapalkkavelan määrä on 16,7 milj. euroa ennakoitua suurempi, ja siitä syystä tilikauden kokonaisalijäämä oli 35,5 milj. euroa. Toimintakulut ylittivät talousarvion 4,1 % (65,1 milj. euroa), ja jäsenkuntien yhteenlasketut maksuosuudet ylittivät talousarvion 1,7 % (22,2 milj. euroa). Näin tapahtui siitä huolimatta, että hallitus päätti 16.4.12 toimenpiteistä vuoden 2012 talousarviossa pysymiseksi perustuen tulosalueiden, liikelaitosten ja taseyksiköiden kannanottoihin ja toimenpide-ehdotuksiin.

Tärkein syy talousarvion ylityksiin on henkilöstömenojen kasvu enemmän kuin talousarviossa on hyväksytty. Tarkastuslautakunta totesi vuotta 2011 koskevassa arviointikertomuksessaan, että toimintakertomuksessa ei riittävästi perusteltu talousarvion ylittäviä henkilöstölisäyksiä, ja ehdotti, että tällaisten lisäysten käsittelyyn tulisi laatia selkeät pelisäännöt. Näin ei ole tapahtunut. Henkilöstön määrä kasvoi 147:llä ja henkilötyövuosia oli 425 yli talousarvion. Esim. lyhytaikaisten sijaisten käytön kustannukset kasvoivat yli 4 milj. € vaikka henkilöstön sairaus- ja muut poissaolot vähenivät merkittävästi. Palkkaliikuma toteutui 1,8 % suuruisena (talousarviossa oli varauduttu 1 %:n liukumaan).

55 Hujanen T, Häkkinen U, Peltola M. Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2010. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ja_sosiaalitalous/tilastoja (viitattu 22.4.13)

Tuote	HYKS	Lohja	Länsi-Uusimaa	Hyvinkää	Porvoo
014B aivoinfarkti tai muu pitkäkestoinen aivoverenkierron häiriö, ei komplisoitunut	4050	4265	2770	4800	2050
1190 Suonikohjuleikkaus, lyhyt hoito	1405	2470	1150	2000	1430
0600 Risaleikkaus, ei muita toimenpiteitä, lyhyt hoito	1080	1220	1605	1440	-

Taulukko 4. Tuotteiden 014B, 1190 ja 0600 hinta (€) HUS:n eri sairaanhoitoalueilla vuoden 2012 palveluhinnaston mukaan.

SUOSITUS: Hallituksen tulisi perusteellisemmin analysoida sitä, miksi tavoitteet eivät toteutuneet. Oleellista on selvittää tarkemmin mm. syyt henkilöstömäärän ja henkilötyövuosien merkittävään lisäykseen yli talousarvion lukujen, miksi aiempien vuosien hyvä tuottavuuskasvu hidastui 2012, ja mistä johtuvat merkittävät tuottavuuden ja tuotehintojen erot sairaanhoitoalueiden kesken.

Omavaraisuusaste mittaa kuntayhtymän vakavaraisuutta, alijäämän sietokykyä ja kykyä selviytyä sitoumuksista pitkällä aikavälillä. HUS-kuntayhtymän omavaraisuusaste on laskenut vuodesta 2005 lähtien ja v. 2012 se laski ensi kertaa alle kuntayhtymän asettaman 40 % vähim-

mäistavoitteen. Ao. taulukossa esitetään omavaraisuusaste HUS:ssa ja vertailuksi luvut muista yliopistosairaanhoidopiireistä vuosina 2007–12.

TPTK-asiakirjassa todetaan omavaraisuusasteen jatkuva heikkeneminen ja sen vaikutus riskinkantokykyyn tulevina vuosina, mutta ei esitetä toimenpiteitä omavaraisuusasteen laskun pysäyttämiseksi.

SUOSITUS: Hallituksen tulee esittää valtuustolle suunnitelma HUS:n talouden tasapainottamiseksi tulevina vuosina ottaen huomioon mm. investointien rahoituksen, lisääntyvät lainanhoitokustannukset, kasvava korkoriski ja kuntien maksukykyyn.

	HUS	PSSHP	PPSHP	PSHP	VSSHP
2007	54,04	56,58	66,9	50,8	48,3
2008	51,2	58,54	60,6	49,1	46,2
2009	48,1	58,0	54,2	48,5	42,3
2010	47,8	58,49	49,6	47,1	40,2
2011	44,7	58,3	46,2	44,8	35,0
2012	39,9	48,33	43,0	42,4	27,7

Taulukko 5. Omavaraisuusasteet (%) Helsingin ja Uudenmaan, Pohjois-Savon, Pohjois-Pohjanmaan, Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä vv. 2007–12.

10 UUDISTUVA JOHTAJUUS JA ORGANISAATIO

Valittu painopiste/avaintavoite	Tarkastuslautakunnan arvio toteutumisesta
<p>Prosessit/työnjako</p> <p>MITTARIT</p> <ul style="list-style-type: none"> Kliiniset ydinprosessit <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Geneeriset prosessit mittareineen käyttöön otettu HYKS ty:t 3 ydinprosessia/ty valittu mittareineen ja otettu HUS-ToTaliin seurantaan Läheteohjaus keskitetty yo. ydinprosesseissa 	<p>Geneerisiä ydinprosesseja eli toimintoja, jotka esiintyvät kaikkialla HUS:ssa esim. leikkaussali-ajanvaraus-, päiväsairaala- ja vuodeosastoprosessi, on kuvattu Prodoc -portaalissa, mutta näyttö käyttöönottamisesta puuttuu.</p> <p>Kliinisten ydinprosessien mittaaminen ja seuranta HUS-ToTaliissa ei toteutunut. Läheteohjauksen keskittäminen ei toteutunut.</p> <p>TPTK-asiakirjassa esiintyvät termit geneerinen ja kliininen ydinprosessi tulisi määritellä.</p> <p>○ ● ○</p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>
<p>Osaamiskeskukset</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Osaamiskeskuksen konsepti <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Ensimmäinen osaamiskeskus perustettu 	<p>Sydän- ja keuhkokeskuksen perustamisesta päätettiin ristiriitoja nostattaneen prosessin jälkeen. Vakuuttavia perusteluita tälle jo perustetulle ja suunnitteleille muille osaamiskeskuksille ei ole esitetty, eikä ole kuvattu miten osaamiskeskusten palvelujen laatua, kustannuksia ja tuottavuutta (entiseen toimintatapaan verrattuna) mitataan ja arvioidaan.</p> <p>○ ○ ●</p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>

10.1 HUS:n organisaatio ja johtaminen

Epätietoisuus hallitusohjelmaan kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ratkaisuihin ja niiden aikataulusta heikensi jäsenkuntien halua ja kykyä HUS:n organisaation kehittämiseen vuonna 2012. Vaikka maan hallitus on ehdottanut sairaanhoitopiirien lakkauttamista, on sekä HUS:ssa että jäsenkunnissa ollut varsin laaja yksimielisyys siitä, että HUS:a ei pidä hajottaa. Tarkastuslautakunnan mielestä tämä kannanotto on hyvin perusteltu.

Keväällä 2012 valmistunut valtion ja pääkaupunkiseudun kuntien välisen aiesopimuksen tehtäväksiäntöön perustuva selvitys⁵⁶ ja siinä esitetyt ehdotukset HUS:n omistajaohjauksen, ohjausrakenteiden, rahoituksen ja laskutusperiaatteiden selkiinnyttämiseksi eivät saaneet jäsenkuntien tukea. Ainoa toteutunut asia oli vuoden 2013 alusta tapahtunut liikelaitosten johtokuntien vä-

hentäminen seitsemästä kahteen, mikä liikelaitosten toimitusjohtajien haastattelun mukaan heikentäne liikelaitosten toimialaa koskevaa asiantuntemusta johtokunnissa. Selvityksen ehdotukset sairaanhoitoalueiden lautakuntien, kaksikielisen lautakunnan jaostojen ja psykiatrian lautakunnan lakkauttamiseksi eivät johtaneet tulokseen. Vaikka kyseessä oli merkittävä yritys HUS:n luottamusmiesjärjestelmän uudistamiseksi, epätietoisuus SOTE-uudistuksesta vei pohjaa ehdotusten käsittelyltä.

HUS-ToTal portaalien raporttiominaisuuksien parantaminen vuonna 2012 antoi aiempaa paremmat edellytykset tiedolla johtamiseen. Tämän johdon raportoinnin ja toiminnanohjaushankkeen tavoitteena on ollut mm. tuottaa päivittäisessä johtamisessa tarvittavat tiedot yhden raportointiportaalien kautta nopeasti, ja käyttää tätä tietoa myös raportoinnissa asiakkaille ja jäsenkunnille. HUS-ToTalin kehitys on mahdollistanut etenkin toimintaa kuvaavan raportoinnin kehittämisen.

Vaikka taloutta ja toimintaa koskevaa tietoa saadaan hyvin, on pitemmälle jalostetun HUS:n tulosityksiköiden ja Suomen sairaaloiden vertailuun soveltuvan benchmark-

56 Malmi T, Kauppinen I. HUS:n omistajaohjauksen, ohjausrakenteiden, rahoituksen ja laskutusperiaatteiden selkiinnyttäminen. <http://www.hel.fi/hel2/helsinginseutu/Kory/el140912/asia2liite1.pdf> (viitattu 15.1.13)

king-tiedon tuottaminen edelleen heikkoa. Silloin kun vertailutietoa tuotetaan, se ei ole aina julkista, kuten sen pitäisi olla. Esimerkkeinä tästä ovat mm. Intensiumin, HUS-kuvantamisen ja Raviolin vertailutiedot sairaanhoitopiirien kesken (ks. luku 11).

Niin strategian toimeenpanon kuin HUS:n johtamisen kannalta yleensäkin pitää selvittää mahdollisuuksia HUS:n organisaation madaltamiseen, eli hierarkiatasojen vähentämiseen. Tämä edistäisi tehokasta viestintää ja kommunikointia eri tasojen välillä ja mahdollistaisi voimavarojen tehokkaamman käytön. Tarpeellista olisi selvittää mahdollisuuksia esimerkiksi yhtymähallinnon ja HYKS-sairaanhoitoalueen hallinnon päällekkäisyyksien keventämiseen, sillä HUS:n toiminnasta ja kustannuksista kohdentuu noin 80 % HYKS-sairaanhoitoalueeseen. Kun hallitus on päättänyt, että HUS:n toimitusjohtaja hoitaa HYKS-sairaanhoitoalueen johtajan virkaa oman virkansa ohella (korkeintaan vuoden 2014 loppuun saakka), vastaavaa järjestelyä pitäisi selvittää muidenkin virkojen hoidon ja tehtäväalueiden (esim. henkilöstö ja taloushallinto) osalta.

Konsernijaoston tehtävänä on hallintosäännön 6.a §:n mukaan mm. tehdä esityksiä konserniohjauksen linjauksista ja periaatteista sekä liikelaitoksille ja tytäryhtiöille asetettavista tavoitteista, sekä käsitellä konserniohjaukseen liittyviä liikelaitoksia ja tytäryhtiöitä koskevia linjauksia.

TPTK-asiakirjassa ei konsernijaostoa mainita lainkaan konsernin toiminnan ohjausta koskevassa luvussa, eikä konsernivalvonnan järjestämistä koskevassa luvussa. Konsernijaosto piti tilinpäätösvuonna kolme kokousta, joissa se ei pöytäkirjojen mukaan käsitellyt konserniohjaukseen liittyviä liikelaitoksia ja tytäryhtiöitä koskevia linjauksia tai valmistellut esityksiä niistä HUS:n hallitukselle. Konsernijaoston pöytäkirjojen ja neljän liikelaitoksen toimitusjohtajan haastattelussa ei tullut esiin vakuuttavaa näyttöä konsernijaoston tarpeellisuudesta. HUS:n hallitus voisi hoitaa myös konsernijaostolle kuuluvat tehtävät tai delegoida niitä toimitusjohtajalle ja muille johtaville virkamiehille.

SUOSITUS: HUS:n hallituksen tulee selvittää mahdollisuuksia moniportaisen hallintorakenteen keventämiseen ja arvioida erilaisten vaihtoehtojen kustannus- ym. vaikutukset. Hallituksen tulee samalla harkita myös konsernijaoston tarpeellisuutta.

10.2 Osaamiskeskuskonsepti

Osaamiskeskuskonseptin toteuttamien eteni vuonna 2012. HYKS Sydän- ja keuhkokeskukselle valittiin toi-

mialajohtaja ja sen toiminta päätettiin käynnistää 1.1.13 alkaen tulosyksikkönä. Keskus ei toteutunut niin laajasti kuin sitä valmistellut työryhmä ehdotti. Keskus sisältää kardiologian, sydänkirurgian, keuhkosairauksien ja thoraxkirurgian alojen potilasprosessit ja toiminnot. Sen sijaan sydänanestesiologia ja hengitystukihoitoyksiköt jäivät keskuksen ulkopuolelle.

Osaamiskeskuksessa hallitaan yhtenäisen johdon avulla sairausalaakohtaisesti potilaan ongelman kokonaisvaltainen hoito ja yhdistetään toisiaan lähellä olevia klinikoita elinaluekokonaisuudeksi. Keskeiset tuotantovälineet ja -toiminnot ovat omassa hallinnassa. Myös muiden osaamiskeskusten mahdollista perustamisista harkitaan, sillä HUS:n toimitusjohtaja nimesi elokuussa 2012 työryhmän selvittämään muiden mahdollisten osaamiskeskusten perustamista. Koska osaamiskeskusten perustaminen muuttaa kliinisen toiminnan organisointia oleellisesti (eikä sujunut sydän- ja keuhkokeskuksen osalta ongelmitta), on HUS:n ennen uusien osaamiskeskusten perustamista arvioitava huolella saavutetaanko sydän- ja keuhkokeskuksen perustamisella oletettuja hyötyjä, esim. tuottavuuden ja hoidon laadun paranemista.

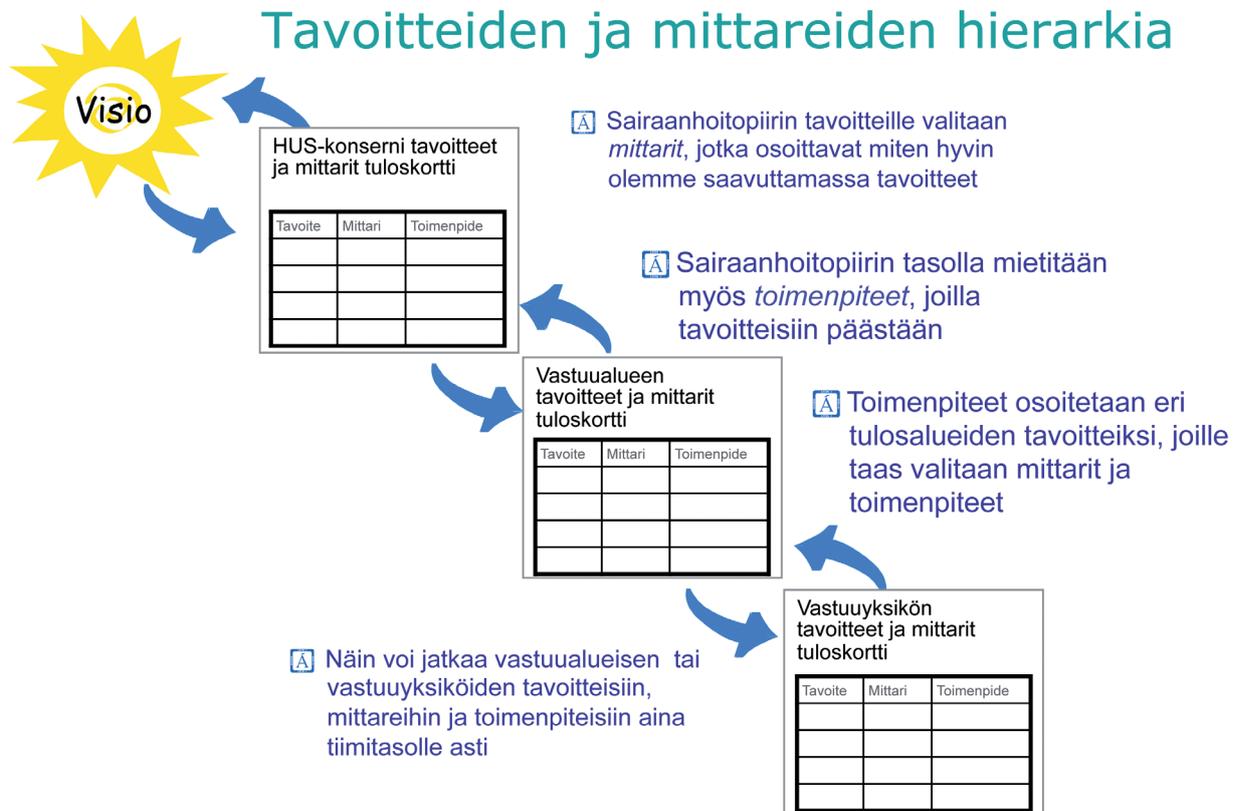
10.3 Strategia vv. 2012–16 ja sen toimeenpano

Strategian toiminnallistamiseksi HUS:n johto suunnitteli edettäväksi kuvion 16 mukaisesti.

Käytännön toteutus ei kuitenkaan edennyt täysin tällä tavalla. Strategian toiminnallistamisen valmistelu käynnistyi johtoryhmässä hyvin vuoden 2011 lopussa, mutta yksityiskohtaisempia tavoite- ja mittarimäärittelyitä ei viety keväällä 2012 loppuun ennen kuin huomio kohdittui vuoden 2013 talouden ja toiminnan suunnitteluun.

Tavoitteiden ja mittareiden määrittely moniportaisen organisaation alemmille tasoille, ja niiden juurruttaminen käytäntöön, onnistui vain osittain. Vuonna 2013 on paremmat mahdollisuudet juurruttaa strategiaa käytäntöön, koska sen suunnitteluun uuden strategian pohjalta oli enemmän aikaa kuin strategian ensimmäisenä vuonna.

Eräiden sairaanhoitoalueiden (mm. Porvoo) ja tulosyksiköiden tavoitteet ja mittarit poikkesivat huomattavasti valtuuston talous- ja toimintasuunnitelman yhteydessä päättämistä konsernitason tavoitteista ja mittareista. Tulosyksiköt, sairaanhoitoalueet ja liikelaitokset ovat ryhmitelleet em. tavoitteet tuloskortteihin viiteen kokonaisuuteen: asiakas- ja yhteiskunnallinen vaikuttavuus; talous; prosessit ja rakenteet; henkilöstö, kyvykyys ja johtaminen; opetus-, tutkimus- ja kehittämistoiminta. Nämä tulevat pääsääntöisesti hyvin käsitellyiksi TPTK-asiakirjassa 2012. Strategian edellytykselle ”Toimivat tilat, teknologia ja ympäristövästuu” ei ole asetettu tavoitearvoja ja mittareita vuodelle 2012.



Kuvio 16. Tavoitteiden ja mittareiden hierarkia HUS:n strategian toiminnallistamiseksi. Lähde: HUS:n johdon seminaari 27.–28.3.12.

Positiivisena havaintona voidaan todeta, että vuoden 2012 ympäristöraportti valmistui siten, että se oli hallituksen käsiteltävänä samanaikaisesti TPTK:n kanssa. Tavoitteena pitäisi olla, että myös potilasturvallisuusraportti valmistuisi samanaikaisesti TPTK:n kanssa.

10.4 Sisäinen valvonta ja riskienhallinta

Hallintosäännön (§ 29) mukaan kuntayhtymän hallinnon ja talouden valvonta järjestetään niin, että ulkoinen ja sisäinen valvonta yhdessä muodostavat kattavan valvontajärjestelmän. Kuntalaki (365/1995) edellyttää, että tilintarkastajan on tarkastettava, onko sisäinen valvonta ja konsernivalvonta järjestetty asianmukaisesti (§ 73).

Tarkastuslautakunnan jäsenet saavat yleisellä tasolla tiedon sisäisen valvonnan toteutuksesta mm. käsitellessään valtuustossa HUS:n sääntöjen ja ohjeiden hyväksymistä ja toimintakertomuksista. Lautakunta saa kuitenkin hyvin vähän tietoa sisäisen tarkastuksen toiminnasta, mikä rajoittaa sen mahdollisuuksia kattavan valvontajärjestelmän kehittämiseen. Siksi tarkastuslautakunta esittää, että

- kun toimitusjohtaja (tai hallitus) päättää sisäisen tarkastuksen vuosittaisesta työohjelmasta⁵⁷, toimitusjohtaja antaa työohjelman tiedoksi myös tarkastuslautakunnalle
- koska sisäisen tarkastuksen toimintaa ohjaa (hallintosäännön lisäksi) HUS-konsernin johtamisen ja ohjaamisen periaatteet -dokumentin mukaisesti myös sisäisen tarkastuksen kansainvälinen ammatillinen ohjeistus⁵⁸, pitäisi sisäisen tarkastuksen raportoida toimitusjohtajalle ja hallitukselle (em. kansainvälinen ohjeistus suosittelee myös, että hallitus tai tarkastusvaliokunta hyväksyisi sisäisen tarkastuksen riskipohjaisen toimintasuunnitelman)
- koska tarkka rajanveto tarkastuslautakunnan ja sisäisen tarkastuksen tehtävien välillä ei ole käytännössä

57 Hallintosääntö § 29, HUS:n valtuuston pöytäkirja 17.10.12 § 27: HUS-Konsernin johtamisen ja ohjaamisen periaatteet.

58 Sisäiset tarkastajat ry. Sisäisen tarkastuksen ammattistandardit. http://www.theiia.fi/instancedata/prime_product_yhdistys/sisaisettarkastajat/embeds/sisaisettarkastajatstructure/Standards2013_translation_into_FL_final_clean_.pdf (viitattu 16.4.13)

mahdollista, tarkastuslautakunta esittää, että toimitusjohtaja informoi myös tarkastuslautakuntaa sisäisen tarkastuksen laatimien raporttien ym. johdosta tehdyistä toimenpiteistä

- hallitus päivittää sisäisen tarkastuksen vuodelta 2000 olevan toimintaohjeen

SUOSITUS: Hallituksen ja kuntayhtymän johdon tulee edistää valvontajärjestelmän toimivuutta mm. päivittämällä valvontajärjestelmää koskevaa ohjeistusta sekä lisäämällä tiedottamista hallituksen ja toimitusjohtajan ohjeistuksista ja linjauksista.

TPTK-asiakirja sisältää selonteon sisäisen valvonnan ja konsernihallinnon järjestämisestä. Selonteko perustuu kahteen yhtymähallinnon yleishallinto- ja juridiikkaryhmän tekemään sähköiseen itsearviointikyselyyn, joista toinen oli kohdennettu HUS-organisaation johdolle sekä sairaanhoitoalueille, liikelaitoksille ja tukipalveluja tuottaville taseyksiköille, ja toinen tytäryhteisöille. Itsearviointin vastaukset antavat pääosin positiivisen kuvan sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan järjestämisestä ja toimivuudesta. Luvun 10.1 kappaleessa ”Sisäisen tarkastuksen järjestäminen” esitetyt havainnot sisäisen valvonnan toimivuudesta ovat kriittisempiä.

Selonteon pitäisi kuvata myös sitä, mitä puutteita sisäisessä valvonnassa tai riskienhallinnassa on todettu

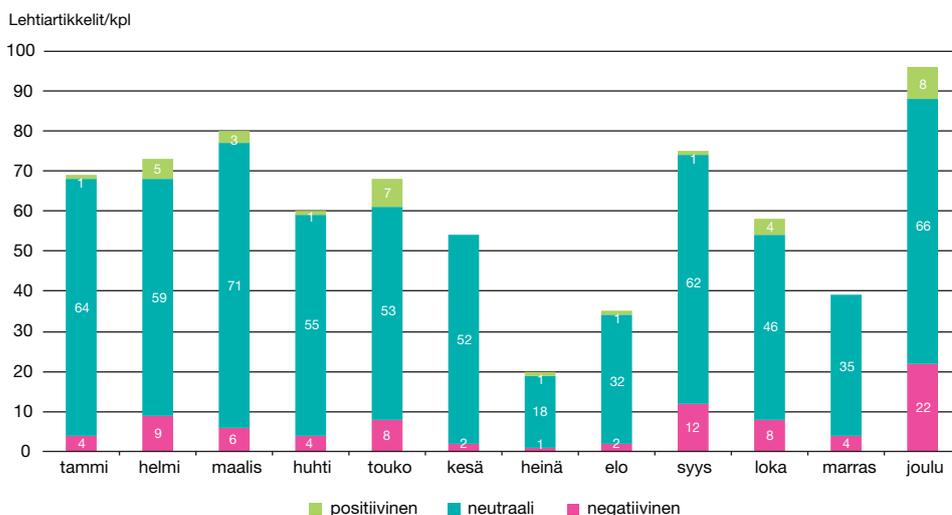
ja mihin toimenpiteisiin näiden johdosta on ryhdytty. Selonteon perusteellisuutta voitaisiin lisätä käyttämällä sen laatimiseen laajemmin riskienhallinnan, sisäisen ja ulkoisen tarkastuksen ja tilintarkastajan asiantuntemusta.

HUS:n johto teetti v. 2012 konsulttityönä arvioinnin HUS:n strategiaan liittyvistä riskeistä, ja työn pohjalta tunnistettiin seuraavanlaisia riskejä⁵⁹: osaamisen ja erikoisosaamisen riskit, potilasturvallisuuden riskit, talouden riskit, infran ja suurvahinkojen riskit, toimintaympäristön riskit sekä strategian ja johtamisen riskit. Sisäisen valvonnan ja konsernivalvonnan selonteossa ei lainkaan käsitellä sitä, mihin toimenpiteisiin näiden riskien tunnistaminen ja analysointi on toimintavuonna johtanut.

10.5 HUS julkisuudessa

HUS seuraa säännöllisesti julkisuudessa esillä oloaan Esmerk-raportoinnin avulla. Havainnointi kohdistuu kokonaisjulkaisujen määrään ja HUS:n roolin keskeisyyteen, julkisuudessa oleviin aiheisiin, kielteisten ja myönteisten uutisten osuuteen sekä tiedotusvälineiden lähde-ryhmiin (valtakunnalliset, alueelliset, radio, TV). Valtaosa uutisoinnista vuonna 2012 oli sävyltään neutraalia (kuviosta 17). Eniten negatiivisessa valossa HUS:a käsiteltiin joulukuussa, jolloin negatiivisten uutisten osuus oli noin 23 %. Aiheena oli neljän sairaanhoitajan irtisanominen puuttuvien tutkintotodistusten vuoksi.

⁵⁹ HUS:n hallitus 10.9.12, Hus strategiaan 2012–2016 liittyvien kriittisten riskien hallinta.



Kuvio 17. HUS julkisuudessa vuonna 2012. Pylväissä olevat numerot kertovat lehtiartikkeleiden lukumäärän kuukaudessa.

10.6 Omistajayhteisöjen ja sidosryhmien luottamus

VALITTU PAINOPISTE/AVAINVAOITE	TARKASTUSLAUTAKUNNAN ARVIO TOTEUTUMISESTA
<p>Kuntaneuvottelut: Uudistetaan kuntaneuvottelujärjestelmää. Kuvataan kunta-neuvottelujen tavoitteet ja uusi järjestelmä 28.2.12 mennessä ja siirytään uudistettuun järjestelmään keväällä 2012 vuoden 2013 talouden ja toiminnan suunnittelua koskien.</p> <p>MITTARI</p> <ul style="list-style-type: none"> Hankkeen toteutus <p>Tavoitearvo 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> Hanke toteutuu 	<p>Kuntaneuvottelujärjestelmän uudistamisen periaatteet hyväksyttiin tammikuussa 2013. Uudistetun kuntayhteistyömallin käyttöönotto pitkittyi vuodella suunnitellusta aikataulusta.</p> <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>
<p>Erva-alueen yhteistyö: Erva-alueen yhteistyö on suunnitelmallista ja säännöllistä ja noudattaa hyväksyttyä järjestämissopimusta.</p> <p>MITTARI</p> <p>Hankkeen toteutus</p> <p>Tavoitearvo 2012</p> <p>Hanke toteutuu</p>	<p>Hyks-ervan järjestämissopimus hyväksyttiin valtuustossa joulukuussa 2012. Siinä sovittiin useiden ohjaus- tai kehittämissopimusten asettamisesta yhteistoiminnan osa-alueille. Sopimuksen mukaisen yhteistyön toimivuutta ei voi vielä arvioida, mutta sopimus antaa hyvät linjaukset Hyks-ervan kolmen shp:n yhteistyölle.</p> <p></p> <p>(Hallituksen arvio: ●)</p>

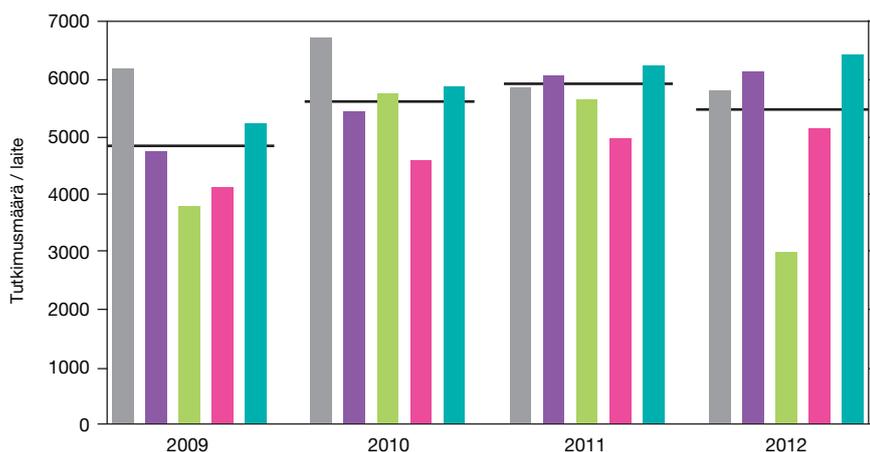
11 LIIKELAITOKSET – HUS-KUVANTAMINEN, HUSLAB, HUS-APTEEKKI JA RAVIOLI

Tarkastuslautakunta arvioi sairaanhoidollisia- sekä ravitsemis- ja ravitsemusohjauspalveluita tuottavia liikelaitoksia. Arviointi kohdistui mm. yhteistyöhön perusterveydenhuollon kanssa, HUS:n strategian vv. 2012–16 toimeenpanoon ja konserniohjaukseen. Kaikkien em. liikelaitosten tulos oli vuonna 2012 ylijäämäinen ja tuottavuustavoite ylitettiin muissa em. liikelaitoksissa paitsi Raviolissa. Sekä Apteekin (13,9 %) että Kuvantamisen (14,2 %) ulkoisen myynnin osuus kasvoi merkittävästi vuoteen 2011 verrattuna. Omavaraisuusaste (%) oli HUS-Apteekissa 51,5, HUSLABissa 37,0, HUS-Kuvantamisessa 37,5 ja Raviolissa 60,3.

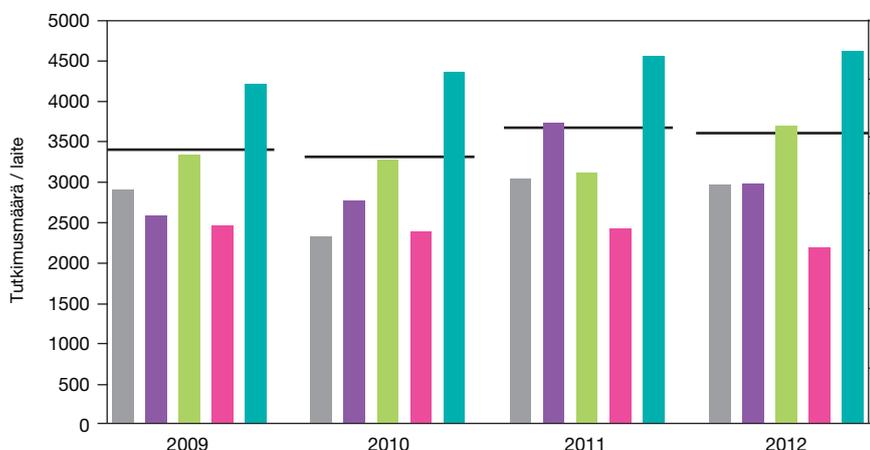
HUS-Kuvantamisessa ja HUS-Apteekissa koko henkilökunta kuului tulospalkkauksen piiriin. HUSLAB ei maksanut tulospalkkiota henkilökunnalle vuonna 2012.

HUS-Kuvantaminen on osallistunut yliopistosairaaloiden väliseen vertaisarviointiin. Tietokonetomografia (TT)- ja magneettikuvaus (MK)-laitteet edustavat HUS-Kuvantamisen kallista teknologiaa, jota on pyrittävä käyttämään tehokkaasti. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien keskinäinen vertailu vuosilta 2009–12⁶⁰ osoittaa,

60 Tieto saatu: Kauppinen T, Tervahaltiala P, Leikekuvannan käyttöastevertailu yliopistollisissa sairaanhoitopiireissä 2009-12, kyselytutkimus.



Kuvio 18. Tietokonetomografiatutkimusten lukumäärä / laite yliopistosairaanhoitopiireissä vv. 2009–12. Sininen pylväs on HUS. Lähde: Kauppinen T, HUS-Kuvantaminen.



Kuvio 19. Magneettitutkimusten lukumäärä / laite yliopistosairaanhoitopiireissä vv. 2009–12. Sininen pylväs on HUS. Lähde: Kauppinen T, HUS-Kuvantaminen.

TUOTANNON JAKAUTUMINEN

	Potilasruokailu	Henkilöstöruokailu	Tilaustarjoilu
HUS 2011	57,5 %	20,0 %	22,4 %
Mediaani	63,0 %	18,0 %	19,9 %
HUS 2008	50,5 %	23,8 %	25,7 %

Taulukko 6. Tuotannon jakautuminen Raviolissa. Lähde: P. Hakala-Laitinen 6.4.13.

että sekä TT- että MK-tutkimusten määrä laitetta kohti on HUS:ssa (sininen pylväs) lisääntynyt vuodesta 2009 vuoteen 2012 ja ylittää selkeästi yo-sairaanhoitopiirien keskiarvon (kuviot 17 ja 18).

Ravioli on osallistunut kansalliseen sairaanhoitopiirien ruokapalvelujen talousselvitykseen, jonka perusteella pystytään tekemään vertaisarviointia HUS:n eri ruokapalveluita tuottavien yksiköiden välillä sekä selvitykseen osallistuneiden kuuden muun shp:n välillä.⁶¹ Vertailu on mahdollista, kun sairaanhoitopiirien suoritemäärät laskeaan painottamalla ateriamäärät yhteisesti sovitulla ateriakertoimilla. Tilaustarjoilun ja muun myynnin suoritteet on laskettu euromäärästä jakamalla ne arvonlisäverottomalla lounaan verotusarvolla (4,779 €). Toukokuussa 2012 valmistunut selvitys perustuu vuoden 2011 tilinpäätöstietoihin (ateriamäärät, kustannukset ja henkilötövuodet), joita verrataan vuoden 2008 lukuihin.

HUS:ssa laskennallinen suoritteen hinta vastaa vertailuryhmän mediaania. Suoritteen hinta vaihtelee yksiköittäin 3,7 € (Peijas)–7,8 € (Kirurginen sairaala) välillä. Henkilöstökustannusten prosentuaalinen osuus (37,6) kokonaiskustannuksista on alhaisempi kuin seitsemän sairaanhoitopiirin mediaani (42,2). Henkilöstökustannukset / htv ovat nousseet 8,0 % vuoteen 2008 verrat-

tuna, mutta verrattuna selvityksessä mukana olleiden yksiköiden mediaaniin tämä tunnusluku on HUS:ssa huomattavasti parempi. Tilakustannusten osuus kokonaiskustannuksista (15,0 %) on HUS:ssa huomattavasti vertailuyksiköiden mediaania (10,8 %) suurempi.

Raviolin vuoden 2011 tuotannosta 57,5 % oli potilasruokailua. Taulukossa 6 esitetään henkilöstöruokailun ja tilaustarjoilujen osuus vuonna 2011, selvitykseen osallistuneiden sairaanhoitopiirien mediaani 2011 sekä HUS:n tuotanto vuonna 2008. Arviotaessa tuotannon jakautumista tulee ottaa huomioon, että kevytlounasta ei HUS:ssa eritelty normaaleista lounaista, vaan molemmilla oli sama suoritekerroin, kuten myös henkilöstölounaalla ja potilasaterialla, vaikka henkilöstölounaaseen saattaa sisältyä jälkiruoka. Potilasruokailun osuus on HUS:ssa lisääntynyt 2008–11.

Henkilökustannukset / suorite vaihtelevat 0,95 (Biomedicum)–3,41 € (Porvoo) välillä. Ravioli pärjää hyvin verrattuna muihin selvitykseen osallistuneisiin sairaanhoitopiireihin, sillä HUS:n mediaani on 1,85 € kun muiden sairaanhoitopiirien mediaani on 2,04 €. Kokonaiskustannukset per tuotettu suorite olivat vuonna 2011 4,89 €, mikä vastasi sairaanhoitopiirien mediaania. Henkilöstön sairauspoissaolojen tavoite (18 pv / henkilö) ei toteutunut (21,8), mutta selvityksen mukaan sairauspoissaoloja oli HUS:ssa muita sairaanhoitopiirejä vähemmän.

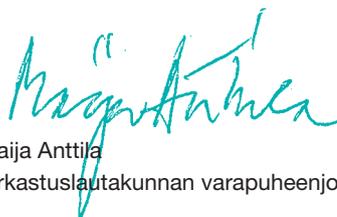
61 Tieto saatu: toimitusjohtaja Hakala-Laitinen P ja suunnittelupäällikkö Jalosuo L, 6.4.13.

ALLEKIRJOITUKSET

Helsingissä huhtikuun 15. päivänä 2013



Markku Pyykkölä
tarkastuslautakunnan puheenjohtaja



Maija Anttila
tarkastuslautakunnan varapuheenjohtaja



Varpu-Leena Aalto
jäsen



Ulla Dönsberg
jäsen



Aatos Hallipelto
jäsen



Tuula Lind
jäsen



Kari T. Nukala
jäsen

KÄSITTEET JA LYHENTEET

AdHopHTA (Adopting hospital based health technology assessment) Terveydenhuollon menetelmäarvioinnin soveltaminen sairaalatasolla.

Aiesopimus Varsinaista sopimusta edeltävä sopimus, johon kirjataan neuvotteluosapuolten saavutettu yksimielisyys ja jatkotoimet. Lähtökohtaisesti aiesopimus ei ole juridisesti sitova.

AK Arviointikertomus

BM (Benchmarking) Vertailuanalyysi, jossa omaa toimintaa verrataan toisten toimintaan, usein parhaaseen vastaavaan käytäntöön.

BMI (Body Mass Index) Painoindeksi

Deflatoiminen Aikasarjan muuttaminen yhtenäiseen rahan arvoon kertomalla aikasarja sopivasta indeksistä (esim. Tilastokeskuksen sairaalakustannusindeksistä) lasketuilla kertoimilla.

Digisanelujärjestelmä Potilastietojärjestelmään integroitu digitaalinen sanelupalvelu.

Dr Foster Iso-Britannialainen organisaatio, joka tuottaa Global Comparators -ohjelman avulla vertailutietoa terveydenhuollon laadusta ja tehokkuudesta.

DRG (Diagnosis Related Groups) Luokitusjärjestelmä, jossa potilaan saama hoito ryhmitellään päädiagnoosin, mahdollisten hoitoon vaikuttavien sivudiagnoosien, suoritettujen toimenpiteiden sekä potilaan iän ja sukupuolen ja sairaalastapoistumistilan mukaan kliinisesti mielekkäisiin ryhmiin.

DRG-pisteiden määrä Luku, jolla kuvataan yksikössä tehdyn työn määrää. Se lasketaan siten, että kunkin DRG-ryhmän tapausten lukumäärä kerrotaan ryhmän kustannuspainolla ja näin saadut luvut lasketaan yhteen. Kustannuspaino kuvaa kuhunkin DRG-ryhmään kuuluvien hoitajaksojen keskimääräisen kustannusten ja kaikkien tarkasteltavan yksikön hoitajaksojen keskimääräisen kustannuksen suhdetta.

DRG-pistekustannus DRG-pistekustannus saadaan, kun kokonaiskustannukset jaetaan DRG-pisteiden määrällä.

Ekstranet HUS-Ekstranet on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu sivusto, joka palvelee Espoon, Helsingin, Kauniaisten, Keravan, Kirkkonummen, Vantaan ja HUS:n potilasohjausta.

E-resepti Sähköinen resepti

Erva Eriytysvastuualue

Esh Erikoissairaanhoito

Esmerk Uutis- ja mediaseurantapalveluita tuottava yritys

ETA Euroopan talousalue

EU Euroopan Unioni

Geneerinen prosessi Mallinnettu yleinen kuvaus ydintoiminnoista tai palveluketjuista.

HAL Huumeet, alkoholi, lääkkeet

HOAS Helsingin seudun opiskelija-asuntosäätiö

HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture)

Potilasturvallisuuskulttuurin arviointikysely.

Htv (henkilötyövuosi) kuvaa kokoaikaiseksi muutetun henkilön työpanosta.

HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

HUS-Kuvantaminen HUS:n liikelaitos, joka tuottaa lääketieteellisiä kuvantamisen, fysiologian ja neurofysiologian tutkimuksia, näihin liittyviä toimenpiteitä ja asiantuntijapalveluja sekä lääkintäteknisiä asiantuntijapalveluja.

HUSLAB HUS:n liikelaitos, joka tuottaa laboratoriopalveluja.

HUS-Logistiikka HUS:n liikelaitos, joka tuottaa logistiikka- ja sairaankuljetuspalveluja. HUS-Logistiikka toimii myös kuntayhtymän yhteishankintayksikkönä.

HUSPlus Henkilöstöjohtamisen toiminnanohjausjärjestelmä, jossa on myös henkilöstölle tarkoitettuja itsepalvelutoimintoja sekä henkilöstöasioihin liittyviä ohjeita.

HUS-Servis HUS:n liikelaitos, joka tuottaa asiointi-, henkilöstö-, talous- ja tekstinkäsittelypalveluja.

HUS-ToTal Johdon raportointi- ja toiminnanohjausportaali, johon myös kunnilla on pääsy.

HYKS Helsingin yliopistollinen keskussairaala

Implementointi Käyttöönotto

IT Tietotekniikka

Kardiologia Lääketieteen erikosisala, joka tutkii sydämen- ja verenkiertoelimistön toimintaa ja sairauksia.

Karenssi Korvaukseton määräaika

KPMG Tilintarkastus-, vero- ja neuvontapalveluja tarjoava yritys

Kuntarekry Valtakunnallinen rekrytointijärjestelmä, joka mahdollistaa rekrytointiprosessin hallinnan, työpaikkailmoitukset, hakemukset ja raportit.

KYS Kuopion yliopistollinen sairaala

Mediaani Keskiluku (ilmoittaa suuruusjärjestykseen asetettujen havaintoarvojen keskimmäisen arvon).

MET (Medical Emergency Team) Toimintamalli, jolla pyritään riittävän ajoissa tunnistamaan potilaan peruselintoimintojen häiriö ja vastaamaan siihen.

Mini-HTA Suppea, mutta järjestelmällinen menetelmärviointi, jolla kartoitetaan arvioitavan menetelmän etuja ja haittoja, taloudellisia vaikutuksia sekä seurauksia potilaalle ja organisaatiolle.

MK Magneettikuvaus

NordDRG Pohjoismainen potilasluokittelujärjestelmä, ks. DRG.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö

OYS Oulun yliopistollinen sairaala

PPSHP Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Prodoc HUS:n prosessikuvausten katselujärjestelmä.

PSHP Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

PSSHP Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Pth Perusterveydenhuolto

Rafaela Hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jonka avulla voidaan määrittää potilaan toteutunut hoitotyön määrä ja tuottaa tieto hoitotyöhön käytettävästä hoitajaresurssista.

Ravioli HUS:n liikelaitos, joka tuottaa ravitsemis- ja ravitsemusterapiapalveluja.

RRT (Rapid Response Team) Toimintamalli, jolla pyritään riittävän ajoissa tunnistamaan potilaan peruselintoimintojen häiriö ja vastaamaan siihen.

Sha Sairaanhoitoalue

Shp Sairaanhoitopiiri

Sissi Sisäinen sijainen

Somaattinen Ruumiillinen. Somaattinen erikoissairaanhoido sisältää psykiatrian erikoisalaja lukuun ottamatta muut kliiniset erikoisalajat.

Sote Sosiaali- ja terveystalvelu

STM Sosiaali- ja terveysministeriö

Strukturoitu Jäsennetty

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Thorax Rintakehä

TOB (Työolobarometri) Työhyvinvointia ja työtyytyväisyyttä kartoittava kysely.

TPTK Tilinpäätös ja toimintakertomus

TT Tietokonetomografia

Tuottavuus Toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseen käytettyjen panosten välinen suhde.

Uranus Potilastietojärjestelmä, joka sisältää potilaskertomuksen ja potilasprosessien ohjauksen.

Vaikuttavuus Palvelun tai toiminnan ansiosta tavanomaisissa oloissa saavutettu muutos terveydentilassa, toimintakyvyssä tai elämänlaadussa.

Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

VSSHP Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Yo Yliopisto

Yo-shp Yliopistollinen sairaanhoitopiiri

